
BACHELORARBEIT

Christina Brüderle

**Machen unsere Arbeitsplätze
krank?**

**– Wege zur Vermeidung von
Burnout am Beispiel des
Gesundheitspersonals**

BACHELORARBEIT

Machen unsere Arbeitsplätze krank?

– Wege zur Vermeidung von Burnout am Beispiel des Gesundheitspersonals

Autor/in:

Frau Christina Brüderle

Studiengang:

**Gesundheitsmanagement (Prävention, Sport
und Bewegung)**

Seminargruppe:

GM 10w2-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. med. habil. Thomas Müller

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Dr. med. Winfried Rossmanith

BACHELOR THESIS

Do our workplaces make us ill? – Ways to avoid Burnout at the example of health professionals

author:

Ms. Christina Brüderle

course of studies:

**health management (prevention, sport and
motion)**

seminar group:

GM 10w2 -B

first examiner:

Prof. Dr. med. habil. Thomas Müller

second examiner:

Prof. Dr. Dr. med. Winfried Rossmanith

submission:

Mittweida, 2013

Bibliografische Angaben

Brüderle, Christina:

Machen unsere Arbeitsplätze krank? – Wege zur Vermeidung von Burnout am Beispiel des Gesundheitspersonals

Do our workplaces make us ill? – Ways to avoid burnout at the example of health professionals

48 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2013

Abstract

Die Arbeit befasst sich mit dem Phänomen Burnout im Gesundheitssektor. Die Schwerpunkte liegen auf den möglichen Ursachen, die das „Ausbrennen“ begünstigen und auf den Maßnahmen, die zur Prävention in Krankenhäusern Anklang finden sollten. Nach Erläuterungen von Begrifflichkeiten wird die Depression von Burnout abgegrenzt und die Folgen aus den dauerhaften Belastungen aufgezeigt. Die Arbeit schließt mit der Nennung möglicher Therapieansätze. Grundlagen hierfür sind wissenschaftliche literarische Werke und Expertenmeinungen.

Anmerkung

Um eine bessere Lesbarkeit dieser Arbeit zu gewährleisten, wurde für Begrifflichkeiten die männliche Form gewählt. Es werden jedoch beide Geschlechter in gleichem Maße angesprochen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Vorwort.....	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Zielsetzung der Arbeit	1
1.2 Einführung in das Thema	1
2 Begriffserläuterungen.....	5
2.1 Definitionsversuche Burnout.....	5
2.2 Abgrenzung zur Depression	7
2.3 Definition Gesundheit	8
3 Erfahrungen aus der Praxis mithilfe von Expertenmeinungen	10
3.1 Stellenwert Gesundheit.....	10
3.2 Burnout im Gesundheitssektor.....	12
3.3 Ursachen von psychischer und physischer Belastung	15
3.3.1 Gestaltende Risikofaktoren	16
3.3.1.1 Arbeitsüberforderung.....	16
3.3.1.2 Mangel an Kontrolle und Verantwortung sowie unzureichende Belohnung und Wertschätzung	19
3.3.1.3 Fehlen von Gerechtigkeit.....	21
3.3.1.4 Widersprüchliche Erfordernisse.....	22
3.3.1.5 Starke physische Beanspruchung	23
3.3.1.5 Privates Umfeld	24
3.3.2 Persönliche Risikofaktoren.....	24

3.4	Folgen von Überforderung	27
3.4.1	Für den Betroffenen	27
3.4.2	Für die Organisation	30
4	Anregungen für primärpräventive Maßnahmen	31
4.1	Allgemein.....	31
4.2	Verhältnisorientierte Maßnahmen	33
4.2.1	Früherkennungssystem	33
4.2.2	Sensibles Personalmanagement.....	35
4.2.3	Wertschätzung des Mitarbeiters.....	35
4.2.4	Kommunikation verbessern.....	36
4.2.5	Freizeit attraktiver gestalten	37
4.2.6	Verbesserung der ergonomischen Unterweisung.....	39
4.2.7	Stagnation der Personaleinsparungen	40
4.3	Verhaltensorientierte Maßnahmen.....	41
4.3.1	Konfliktmanagement	41
4.3.2	"Sich selbst besser kennen".....	42
5	Anregung zur Maßnahme nach Überwinden des Burnouts.....	43
6	Mögliche Therapieansätze	45
7	Resümee und Ausblick.....	47
	Literaturverzeichnis	X
	Anlagen.....	XV
	Eigenständigkeitserklärung	XXVIII

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
Bspw.	Beispielsweise
Bzw.	Beziehungsweise
DRG	Diagnosis Related Groups; diagnosebezogene Fallgruppen
ICD10-GM-2013	International Statistical Classification of Diseases
OP	Operation
S. A.	Siehe Anlage
S. a. A.	Siehe auch Anlage
S. K.	Siehe Kapitel
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organisation; Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Burnout: AU – Tage pro 100 Versicherte.....	2
Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 – 2060.....	3
Abbildung 3: Burnout – Depression.....	7
Abbildung 4: Wegweiser Sicherheit.....	31
Abbildung 5: Das Fachwissen.....	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die drei Stadien des Burnouts.....	14
Tabelle 2: Ursachen.....	26
Tabelle 3: Physische Symptome.....	27
Tabelle 4: Anregungen für primärpräventive Maßnahmen.....	44

Vorwort

Mein Interesse für das Themengebiet Burnout entstand im Rahmen mehrerer Gespräche mit Freunden und Bekannten, sowie nach Absolvieren eines Praktikums im Pflegebereich und mehreren körperlich anstrengenden Ferienjobs.

Schichtdienste, stundenlanges Stehen, schwüle Arbeitsräume, ein unerträglicher Lärm und ein ruppiger Umgang mit Mitarbeitern zählten unter anderem zu den Auslösern. Dabei musste ich feststellen, dass ich mich bereits nach einigen Tagen erschöpft und ausgelaugt fühlte. Dies regte mich zum Nachdenken an!

Als es dann im 5. Semester um die Themenfindung der Bachelorarbeit ging, ich zu dieser Zeit ein Praktikum in einer Abteilung des Gesundheitsmanagements absolvierte und vor Ort mit Burnout konfrontiert war, entschied ich, mich dem Thema Burnout zu widmen. Die Entscheidung das Thema auf das Gesundheitspersonal einzugrenzen war schnell gefallen.

Juli 2013 Christina Brüderle

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit thematisiert psychische und physische Belastungen – insbesondere Burnout im Gesundheitssektor. Folgen dauerhafter Belastung und Überforderung sollen aufgezeigt werden und mögliche Anregungen zu Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Wohlbefindens der Mitarbeiter dargestellt werden. Die Autorin hat es sich zur Aufgabe gemacht in der vorliegenden Arbeit die Frage, ob unsere Arbeitsplätze krank machen, zu beantworten und künftige präventive Handlungsweisen anzubringen.

Als Basis dienen neben wissenschaftlicher Literatur ausgewählte Experten und Fragebögen, in denen Arbeitnehmer des Gesundheitssystems über ihre eigenen Erfahrungen und Kenntnisse berichteten und Stellung bezogen. Die Experten werden in dieser Arbeit aus Datenschutzgründen namentlich nicht erwähnt; eine Liste mit allen vorhandenen Daten ist bei der Autorin hinterlegt. Im Fokus liegt das Gesundheitspersonal in Krankenhäusern. In erster Linie stationär tätige Ärzte sowie das Pflegepersonal.

1.2 Einführung in das Thema

Machen unsere Arbeitsplätze tatsächlich krank und inwieweit spielt Burnout für Ärzte und das Pflegepersonal eine Rolle?

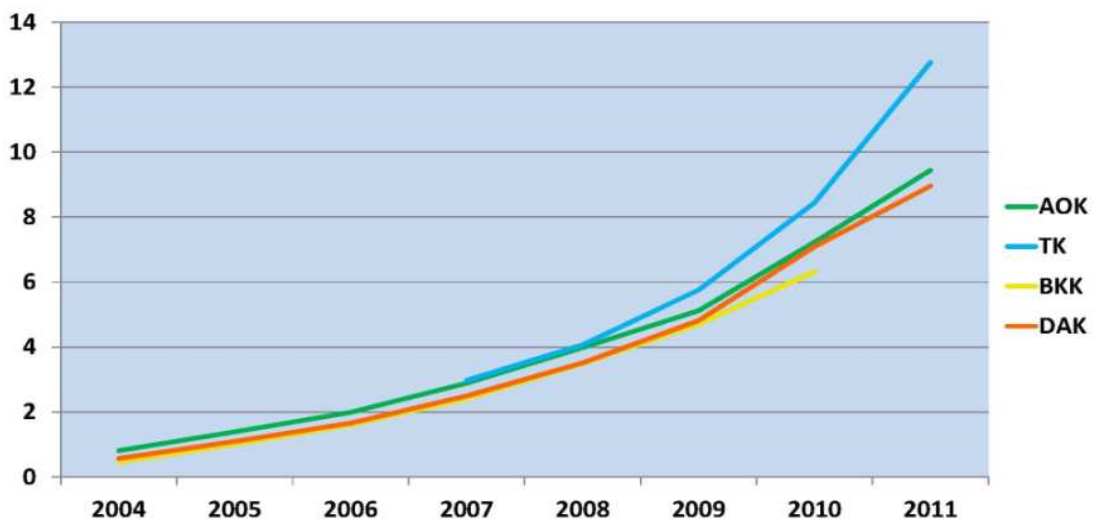
Die Arbeitswelt hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich verändert: die Anforderungen, die an jeden einzelnen Mitarbeiter gestellt werden, steigen. Tätigkeiten müssen in kürzester Zeit auf höchstem Qualitätsniveau abgewickelt werden. Für den Mitarbeiter bedeutet dies eine höhere psychische und physische Anstrengung.¹ Das macht sich unter anderem an den steigenden Gesundheitskosten bemerkbar: Laut des Statistischen Bundesamtes Deutschland wurden im Jahr 2011

¹ Vgl. Kaluza, G., 2012, S. 52.

insgesamt rund 294 Milliarden Euro für die Gesundheit der Deutschen ausgegeben.² Im Vergleich zum Jahr 2009 (279 Milliarden Euro) stiegen die Ausgaben um 5 %.³ Einen Großteil davon machen die Kosten für arbeitsbedingte psychische Erkrankungen aus.⁴

Außerdem haben die Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) aufgrund von Burnout in den letzten Jahren drastisch zugenommen. Im Jahr 2004 fielen auf 100 Versicherte 0,6 Fehltag, im Jahr 2011 waren es bereits neun Fehltag. Dies ist ein exorbitanter Anstieg von 1400 Prozent (siehe Abbildung (s. Abb.) 1)!⁵

Abbildung 1: Burnout: AU-Tage pro 100 Versicherte



Legende zur Abbildung 1:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
 BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
 DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
 TK: Techniker Krankenkasse



Abb. 1: Burnout: AU-Tage pro 100 Versicherte⁶

Und trotz des raschen Anstiegs der Gesundheitsausgaben und der explosionsartigen Zunahme der AU-Tage aufgrund Burnouts, sind sich Wissenschaftler nach wie vor

² Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 128, 04.04.2013.

³ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

⁴ Vgl. Hans Böckler Stiftung, Pressemitteilung, 04.11.2011.

⁵ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, Pressemitteilung, 06.06.2012.

⁶ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, Pressemitteilung, 06.06.2012.

nicht einig, wie Burnout zu definieren und zu behandeln ist.⁷ Dies ist erschreckend! Denn nur gesunde Mitarbeiter sind glückliche, motivierte und produktive Mitarbeiter. Auch aufgrund des demographischen Wandels spielt die Prävention des Burnouts und die Förderung der Gesundheit eine bedeutende Rolle. Die folgende Abbildung (Abb. 2) zeigt die demographischen Veränderungen von 2008 bis 2060.

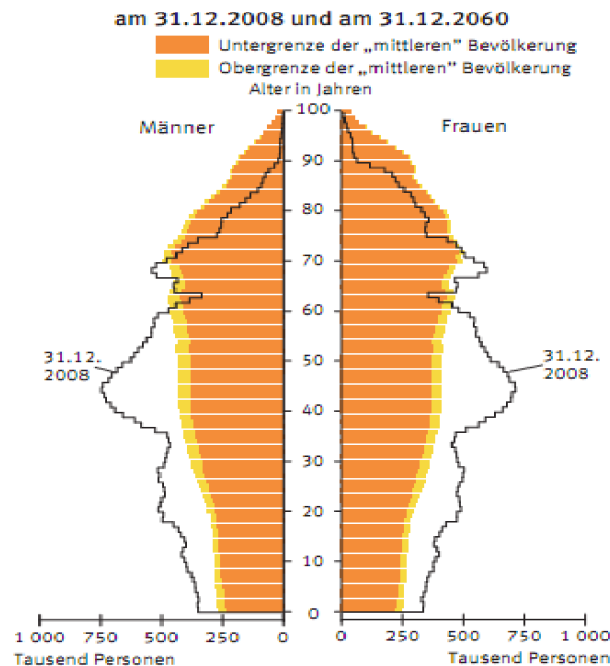


Abb. 2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 - 2060⁸

Im Vergleich zu früheren Arbeitergenerationen muss ein Arbeitnehmer heutzutage wesentlich länger arbeiten. Eine Auswirkung dieser Entwicklung ist, dass von Berufstätigen bis ins hohe Alter geistige Fitness gefordert wird. Um dieser gerecht zu werden, ist eine dem Alter entsprechende Tätigkeit notwendig. Nur wenn zukünftig hohe und gleichzeitig sinnvolle Investitionen in die Gesundheit und das damit verbundene Wohlergehen der Mitarbeiter getätigt werden, kann die Produktivität und die damit einhergehende Wettbewerbsfähigkeit aufrechterhalten beziehungsweise (bzw.) gesteigert werden.⁹

⁷ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer. Studie zur Arbeitsunfähigkeit.

⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsvorausrechnung, 2009, S. 15.

⁹ Vgl. Schneider, C., 2012, S.7 / 8.

Es wird deutlich, dass psychische Erkrankungen, insbesondere Burnout zukünftig eine zunehmend größere Rolle spielen werden. Untermuert wird dies vom demographischen Wandel. Gesundheit ist ein überaus wichtiges Gut, das geschützt und erhalten werden sollte.¹⁰

¹⁰ Vgl. WHO, Ottawa –Charta zur Gesundheitsförderung.

2 Begriffserläuterungen

2.1 Definitionsversuche Burnout

Thomas Bergner zitierte 2004 in einem Artikel „Burn-out bei Ärzten“ einen Betroffenen:

*„I've done too much
for too many
for too long
with too little regard for myself.“*¹¹

Zu viele Tätigkeiten, für zu viele Mitmenschen, für zu lange Zeit, ohne auf die eigenen Bedürfnisse und Grenzen Rücksicht zu nehmen. Dieses Zitat beschreibt die Entwicklung eines Burnouts treffend. Jedoch sind sich die Forscher über eine exakte und einheitliche Definition nach wie vor uneinig, obwohl bereits schon vor der Einführung des Begriffs „Burnout“ durch Herbert Freudenberger im Jahre 1974 das sogenannte „psychische Ausbrennen“ untersucht wurde.¹²

Cary Cherniss definierte 1980 Burnout als „ein Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit zurückzieht, als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf“.¹³ Einen weiteren Versuch wagten Ayala Pines und Elliot Aronson 1988. Für sie war Burnout „ein Zustand physischer, emotionaler und mentaler Erschöpfung aufgrund langanhaltender Einbindung in emotional belastende Situationen“.¹⁴ Die wohl bekannteste und am häufigsten zur Diagnose angewandte Definition hat Christina Maslach 1976 veröffentlicht: Sie entwickelte ein Messinstrument mit dem Namen „Maslach Burnout Inventory“ und definierte Burnout in diesem Zuge als „ein

¹¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, 9/2004, zitiert nach Thomas Bergner.

¹² Vgl. Richter, P. / Hacker, W., 1998, S. 144.

¹³ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 19, zitiert nach Cary Cherniss, 1980.

¹⁴ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 18, zitiert nach Ayala Pines und Elliot Aronson, 1988.

Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen“.¹⁵

Prof Dr. med. Volker Faust konkretisiert in seiner Rezension über das Buch „Die Wahrheit von Burnout“ von Christina Maslach und Michael Leiter treffend: „So stellt [...] „Burnout“ „einen Verschleiß von Werten, Würde, Geist und Willen dar, kurz: einen Verschleiß der menschlichen Seele. Eine Krankheit, die sich nicht nur über einen längeren Zeitraum hinzieht, sondern auch einen Teufelskreis provoziert, aus dem es nur schwer ein Entrinnen gibt.“¹⁶

Zusammenfassend ist Burnout ein Rückzug aus dem Umfeld aufgrund hoher Belastungen und Beanspruchungen, die im Laufe der Zeit zu „psychischen, emotionalen und mentalen“¹⁷ Erschöpfungszuständen und Leistungseinbußen führen. Die Krankheit schleicht sich still und langsam in das Leben ein. Es bedarf mühevoller Arbeit sich wieder von dieser zu befreien.

Neben der mangelnden Konkretisierung ist Burnout bis heute keine anerkannte psychische Erkrankung bzw. kein eigenständiges klinisches Krankheitsbild. Das Syndrom weist lediglich eine zusätzliche Kodierung im ICD10 auf. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt in diesem Zuge Burnout als „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“.¹⁸ Möglicherweise erschwert die Tatsache, dass Burnout nicht als Krankheit anerkannt ist, die exakte Definitionsfindung.

Weitere Gründe sind einerseits die auftretenden Symptome, die sich bei jedem Menschen unterschiedlich stark und in differenzierter Zusammensetzung ausprägen können.¹⁹ Andererseits ist jeder Ausbruch von Burnout auf unterschiedliche Hintergründe zurückzuführen.²⁰ Dadurch wird deutlich, dass es keine Generaltherapie geben kann: Jede Behandlung muss den individuellen Auslöser beim Patienten feststellen, um dann eine zielgerichtete und auf die Ursachen basierende Therapie durchführen zu können.

¹⁵ Vgl. Richter, P. / Hacker, W., 1998, S.144.

¹⁶ Vgl. Prof. Dr. med. Volker Faust, Rezension .

¹⁷ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 18, zitiert nach Ayala Pines und Elliot Aronson, 1988.

¹⁸ Vgl. ICD – Code.

¹⁹ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 27.

²⁰ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 147.

Doch ab welchem Zeitpunkt kann denn eigentlich von Burnout gesprochen werden? Savicki & Cooley (1983) klassifizieren Burnout erst dann als Krankheit, sobald die drei Symptome „emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit“²¹ deutlich erkennbar sind.²²

2.2 Abgrenzung zu Burnout

Zu Beginn ist es unerlässlich die Depression vom Burnout deutlich abzugrenzen. In einigen literarischen Werken wird die Depression als eine Vorstufe oder als ein Begleitsymptom des Burnouts beschrieben. Außerdem seien einige Symptome überschneidend und nicht deutlich einer Erkrankung zuzuordnen.²³

Depressive Menschen werden im ICD10-GM-2013 F32 als negativ eingestellte, traurige, desinteressierte und antriebslose Menschen mit Hang zur Selbstbewusstseins- und Selbstwertgefühlunterdrückung beschrieben.²⁴ Eine Depression kann sich über Monate, bisweilen auch über Jahre hinziehen. Dieser Verlauf sowie die negativ emotional geprägten Wahrnehmungen gleichen dem Burnout-Syndrom.²⁵ Sowohl die Depression als auch das Burnout weisen also ähnliche oder gar gleiche Symptome auf. Sie überschneiden sich in einigen Aspekten (s. Abb. 3).

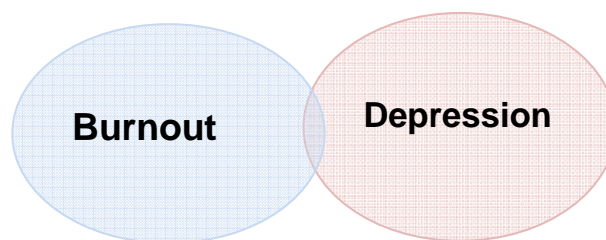


Abb. 3: Burnout - Depression

²¹ Vgl. Richter, P. / Hacker, W., 1998, S.144.

²² Vgl. Burisch, M., 2006, S. 16, zitiert nach Savicki und Cooley, 1983.

²³ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 40; Schmiedel, V., 2010, S. 19; Hillert, A. / Marwitz, M., 2006, S. 98.

²⁴ Vgl. ICD-Code.

²⁵ Vgl. Hillert, A. / Marwitz, M., 2006, S. 98.

Dennoch ist die Depression eine psychische Störung, die den Menschen von innen heraus erdrückt. Das Burnout-Syndrom hingegen ist ein Zustand einer langen und intensiven Belastung.

Betrachtet man diesen Unterschied genauer, lässt es sich einfacher verstehen: Bei Burnout kämpft der Betroffene gegen sich selbst an. Zu hohe Arbeitsanforderungen werden schlicht nicht wahrgenommen sondern ausgeblendet. Der Betroffene versucht sich mit aller Kraft gegen das Defizit zu wehren. Er wird sich erst dann eingestehen überfordert zu sein, wenn es bereits zu spät ist und er den „Kampf“ verloren hat. Ein depressiver Mensch hingegen, wird sich vermutlich nicht in einen Kampf verwickeln lassen. Er wird sich von Beginn an antriebs- und lustlos fühlen und wird die fehlende Leistung nicht aufarbeiten wollen. Diese Gefühle werden sich im Verlaufe der Depression verstärken.²⁶

Demnach ähneln sich die Depression und das Burnout in gewissen Zügen, dennoch sind sie als zwei völlig unterschiedliche Krankheiten zu betrachten. Die Depression stellt keine Vorstufe des Burnouts dar.

2.3 Definition Gesundheit

Was ist überhaupt Gesundheit?

Ähnlich wie bei Burnout besteht hier keine gleichförmige Definition von „Gesundheit“. Die WHO beschreibt Gesundheit als eine Idealnorm: ein „Zustand des völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“.²⁷ Gesundheit ist daher mehr als nur das Fernbleiben von Krankheit. Außerdem wird hier verdeutlicht, dass neben physischen Faktoren auch psychische und soziale Faktoren die Gesundheit beeinflussen.²⁸ Dennoch lässt die WHO außer Acht, dass auch körperlich oder geistig behinderte Menschen gesund sein

²⁶ Vgl. Hilfe bei Burnout.

²⁷ Vgl. Esslinger, A. / Emmert, M. / Schöffski, O. (Hrsg.), 2011, S. 6.

²⁸ Vgl. Esslinger, A. / Emmert, M. / Schöffski, O. (Hrsg.), 2011, S. 6.

können. Laut der Definition können Menschen mit Behinderung nicht vollkommen gesund sein.

Eine neuere Definition beschreibt Gesundheit folgendermaßen: „Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“²⁹

Demnach ist Gesundheit ein Gut, das vom Menschen erlernt werden kann und das ein „Ergebnis aus den Wechselbeziehungen zwischen Person, Verhalten und Umwelt“ darstellt.³⁰ Generell überschneiden sich die Definitionen in einigen Punkten, dennoch hat sich das Bild im Wandel der Zeit verändert. Neben physischen Faktoren, spielen nun auch psychische und soziale Faktoren eine bedeutende Rolle für die Gesundheit.

²⁹ Vgl. Badura, B. / Walter, U. / Hehlmann, T., 2010, S. 32.

³⁰ Vgl. Badura, B. / Walter, U. / Hehlmann, T., 2010, S. 32.

3 Erfahrungen aus der Praxis mithilfe von Expertenmeinungen

3.1 Stellenwert Gesundheit

Die Medien sind gefüllt mit Gesundheitsberichten und –ratgebern. Seminare, Vorträge und Kurse werden in unterschiedlichsten Einrichtungen angeboten. Die Politik versucht durch Kampagnen das Verhalten der Bevölkerung gesünder zu gestalten und jeder einzelne ist der Meinung, dass er wisse was gesund und was ungesund ist. Die Menschen werden also überströmt mit Informationen über die eigene Gesundheit und das optimale Gesundheitsverhalten.

Auch konnte in den letzten Jahren die Wirksamkeit von präventiven Gesundheitsförderungsprogrammen nachgewiesen werden.³¹ Doch inwieweit spielt Gesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter in Krankenhäusern eine Rolle?

Mithilfe der Experten konnte ein einheitliches Bild bezüglich der aktuell umgesetzten Gesundheitsförderungsprogramme im Vergleich zu wissenschaftlichen Studien erstellt werden.

Generell werden laut der Expertenmeinungen einige Phänomene wie zum Beispiel Rückenbeschwerden infolge von Tragen schwerer Lasten/falsches Heben oder Folgen von stressauslösender Arbeit von der Unternehmensleitung als relevant und beeinflussbar angesehen. In den Einrichtungen werden vom Arbeitgeber Seminare wie Rückenschule, Stressbewältigung oder auch Kurse für Kinästhetik angeboten. Meist im Rahmen der Fort- und Weiterbildung und hauptsächlich außerhalb der Arbeitszeit. Diese können von allen Mitarbeitern des Krankenhauses besucht werden. Hinzu kommen außerdem die regelmäßigen betriebsärztlichen Untersuchungen, die während der Arbeitszeit stattfinden. Zwar werden Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatz und Gesundheit von der Verwaltung erkannt, jedoch wird in den meisten Fällen nur das gesetzlich vorgeschriebene Mindestangebot berücksichtigt. Zusätzliche Angebote wie Yoga, Klettern oder Aerobic sind eine Seltenheit (siehe Anlage (s. A.) 1 – 6).

³¹Vgl. Bamberg, 2006; Richardson und Rothstein, 2008.

Dies lässt sich vortrefflich mit der wissenschaftlichen Studie von Metz, Kunze, Hamann, Gehltoholt und Urbach (2009), vergleichen. Die Studie untersucht die Akzeptanz von Gesundheitsförderungsprogrammen im Rahmen verschiedener Pflegeeinrichtungen (stationäre und ambulante Pflege, Altenpflege). Generell bieten auch hier die meisten Einrichtungen präventive Angebote an. Am häufigsten werden Rückenschule, Supervision und Kurse zur Stressbewältigung angeboten, eher seltener sind Gesundheitszirkel und Selbsthilfegruppen. Für die ältere Generation werden meist keine speziellen Angebote erarbeitet. Die dafür zuständigen Abteilungen in den Einrichtungen begründen dieses fehlende Angebot mit mangelnder Akzeptanz und Nachfrage des Personals, sowie infolge von organisatorischen und finanziellen Engpässen. Weiter bieten viele Einrichtungen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, altersgemischte Teams, sowie Arbeitszeitverkürzungen an.³²

Sowohl im Zuge der geführten Interviews, als auch durch die Studie von Metz et al. ist offensichtlich, dass die Angebote nur selten bis gar nicht genutzt werden und keine Akzeptanz beim Personal finden, eher schon zu Widerständen führen. Die Frage des „warum“ ist hinsichtlich der geringen Akzeptanz meiner Meinung nach leicht zu beantworten. Nach einem anstrengenden, nervenaufreibenden und von Überstunden geprägten Arbeitstag, ist den meisten Beschäftigten die Lust nach nochmaliger körperlicher Aktivität vergangen. Hier stellt sich die Frage der möglichen Anreizschaffung, für den so wichtigen Ausgleich neben der Arbeit. Diese Frage wird unter Punkt 4.2.5 (S. 37) versucht zu beantworten.

Die gesetzlich gültigen Vorschriften bezüglich der Arbeitszeiten werden im Allgemeinen eingehalten. Hierzu zählen unter anderem die vorgeschriebene Nachruhe von 10 beziehungsweise 11 Stunden oder die zwingend einzuhaltende Ruhepause von 30 Minuten.³³

³² Vgl. Metz et al., 2009, S. 12 ff..

³³ Vgl. Arbeitszeitgesetz.

3.2 Burnout im Gesundheitssektor

Wie in Punkt 1.1 bereits formuliert, ist Burnout kein einheitlich definierter wissenschaftlicher Begriff und ist nicht an bestimmten Ursachen oder Symptomen festzumachen. M. Burisch geht davon aus, dass der Mensch durch Dauerstress sukzessiv erkrankt und dadurch anfälliger für Burnout ist. Er vergleicht die Symptome des von Seyle ernannten Allgemeinen Anpassungssyndroms (General Adaptation Syndrome, GAS) mit denen von Burnout und sieht hier Übereinstimmungen. Seyle teilt Stress in vier verschiedene Phasen ein: Alarmphase, Resistenzphase, Erschöpfungsphase und Dauerstressphase. In der vierten Phase entsteht ohne ausreichende Erholungspausen ein Defizit der persönlichen Ressourcen und führt unverzüglich zu Erschöpfungszuständen. So sieht er auch den Ablauf durch Stressoren bei Burnout.³⁴

Generell wirken auf einen Menschen oftmals mehrere Stressoren, die die Auswirkungen stärker zum Ausdruck bringen können. Dazu zählen beispielsweise (bspw.) Stressoren durch Konflikte am Arbeitsplatz als auch Stressoren aus dem privaten Umfeld, wie Familie oder Freunde.³⁵

Mindestens 20 Prozent der Ärzte sollen von offensichtlichen Beschwerden im Rahmen von Burnout betroffen sein. Außerdem seien 78 Prozent aller Ärzte mit ihrer Arbeit unzufrieden und ganze 37 Prozent würden sich nicht wieder für diesen Beruf entscheiden. Laut empirischer Studien ist nachweisbar, dass der Arztberuf aufgrund der großen Anzahl an einwirkenden Stressoren die Gesundheit enorm beeinträchtigen kann. Und trotz des Hintergrundwissens der Ärzte und Pfleger über die Gesundheit des Menschen und die Prävention von Krankheiten, neigen sie dazu dieses Wissen nicht beständig auf sich selbst zu übertragen.³⁶ Hinzu kommen die dauerhaft zwingende Konzentration und die damit verbundene Anstrengung hinsichtlich der Arbeitsweise. Dr. med. E. N., Oberarzt in einer gynäkologischen Klinik, beschreibt das Krankenhaus als einen Ort, an dem sich der Typus Burnout gerne finden lässt, da hier eine ständige präzise und akkurate Arbeitsweise Voraussetzung ist, um das Leben und die Gesundheit anderer nicht zu gefährden (s. A. 1). Alle befragten Experten bestätigten, dass sie die Arbeit in einem Krankenhaus als eine risikoreiche Tätigkeit ansehen, sich selbst

³⁴ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 81 – 83.

³⁵ Vgl. Burisch, M., 2006, S.83.

³⁶ Vgl. Ratheiser, K. et al., 2011, S. 10 / 11.

überlastet fühlen und in ihrem Arbeitsumfeld mindestens eine Person kennen, die bereits an Burnout erkrankt war oder noch ist (s. A. 1-6).

Um das Phänomen Burnout besser verstehen zu können, werden im Folgenden die einzelnen Stadien betrachtet. Diese sind nicht punktgenau abgrenzbar, da Burnout als ein individuelles Leiden bekannt ist und ein immenses Spektrum an möglichen Symptomen aufweist. Die folgenden drei Phasen stellen ein variables Grundmuster dar:

Stadium 1, die *Aggressions- und Aktivitätenphase*, ist durch Freudenberger als ein „empfindliches Stadium“ und durch Maslach als die „emotionale und psychische Erschöpfung“ gekennzeichnet. Oftmals steht hier an erster Stelle eine zu hoch gesteckte Erwartung an die eigene Leistungsfähigkeit, die kontinuierlich nicht erfüllt werden kann. Dem gegenüber kann aber auch ein zu enger Entscheidungs- und Handlungsspielraum stehen. Resultierend daraus entsteht Ärger auf die Organisation oder auf sich selbst. Dies führt zu einem Kampf mit sich selbst und zu einer Art „Sich-ausgelaugt-fühlen“.³⁷

Stadium 2, die *Flucht- und Rückzugsphase*, ist laut Freudenberger ein „empfindloses Stadium“. In dieser Phase werden der eigene Einsatz und die Leistungsfähigkeit minimiert. Im Gesundheitssektor geht dies zu Lasten der Patienten. Das Selbstbewusstsein des Mitarbeiters fällt. Charakteristisch für dieses Stadium ist die „Flucht“, der Betroffene zieht sich zurück, sowohl vom privaten Umfeld als auch von den Patienten. Er sucht Schutz bei sich selbst, sieht hier die Möglichkeit der Ruhe. Der Betroffene versucht durch zynisches Verhalten und einem rauerem Umgang mit Mitmenschen von den eigenen inneren Ängsten der Schuld und des Versagens abzulenken.³⁸


Stadium 3, die *Isolations- und Passivphase*, beschreibt Edelwich als „Frustration“ und Lauderale als „Verzweiflung“. Der Leidensdruck steigt, die innere Hilflosigkeit bricht aus. Meist verfallen die Betroffenen in Süchte, wie Alkohol, Medikamente oder Drogen, um das eigene Leid ertragen zu können. Es kommt zu einem kompletten Rückzug aus dem Privatleben, noch bestehende Freundschaften werden aufgegeben. Am Ende der

³⁷ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 8 – 17.

³⁸ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 8 – 17.

Phase steht ein psychischer, eventuell auch physischer Zusammenbruch. Im Extremfall kann Burnout auch zum Suizid führen.³⁹

Zusammenfassend sind in Tabelle 1 die spezifischen Charakteristika und Gefühle für die einzelnen Stadien dargestellt. Diese können auch phasenübergreifend auftreten.

	<i>Stadium 1</i> <i>Aggression und</i> <i>Aktivität</i>	<i>Stadium 2</i> <i>Flucht und Rück-</i> <i>zug</i>	<i>Stadium 3</i> <i>Isolation und</i> <i>Passivität</i>
<i>Phasenbenennung</i> <i>durch Autoren</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Maslach</u>: emotionale, psychische Erschöpfung - <u>Freudenberger</u>: empfindendes Stadium 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Freudenberger</u>: empfindloses Stadium 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Edelwich</u>: Frustration - <u>Lauderdale</u>: Verzweiflung
<i>Charakteristisches</i> <i>Verhalten</i>	<ul style="list-style-type: none"> - zu hohes Leistungsniveau - mangelnder Entscheidungs- u. Handlungsspielraum 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimierung des Einsatzes - Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> - kompletter Rückzug - Suchtverhalten - psychischer u. physischer Zusammenbruch - Extremfall: Suizid
<i>Gefühle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Frust auf die Organisation u. auf sich selbst 	<ul style="list-style-type: none"> - Ängste des Versagens - Zynismus - rauer Umgang 	<ul style="list-style-type: none"> - innere Hilflosigkeit - Verzweiflung an sich selbst
			

Tab. 1: Die drei Stadien des Burnout-Syndroms

³⁹ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 8 – 17.

Neben den emotionalen, psychischen und vegetativen Beschwerden, wie Schlafstörungen oder Aggressivität, leiden Betroffene oft auch an organischen Beschwerden. Diese werden oftmals durch psychische Ursachen hervorgerufen, sind also als psychosomatische Beschwerden einzuordnen. Hierzu zählen Schmerzen aller Art, Magen-Darm-Probleme oder auch Herzklopfen. Dadurch erschwert sich die Diagnosestellung des Burnout-Syndroms enorm⁴⁰.

3.3 Ursachen von dauerhafter psychischer und physischer Belastung

Doch was genau verursacht bei Ärzten und Pflegekräften Burnout?

Wissenschaftler sind hier nach wie vor unterschiedlicher Meinung. Die einen begründen Burnout anhand individuumsbezogener Faktoren, betrachten also das Innere des Menschen. Eine andere Gruppe betrachtet das Äußere des Menschen, dessen Umfeld. Wiederum eine andere Sichtweise beschreibt die Ursachen durch zwischenmenschliche Einflüsse, die sich negativ auf das Individuum auswirken sollen. Die vierte Gruppe von Wissenschaftlern ist der Meinung, dass sich Burnout aufgrund der kulturellen, sozialen, politischen, gesellschaftlichen und soziologischen Veränderungen und Begebenheiten entwickelt.⁴¹ Es besteht keine Möglichkeit, diese Sichtweisen voneinander abzugrenzen, da es viele auslösende Faktoren für Burnout geben kann und sowohl das Individuum als auch die Umwelt verantwortlich sind⁴².

Bestärkt wird diese Aussage mit folgender Fragestellung: Wenn eine Gardinenstange zu Boden fällt – war dann der Vorhang zu schwer oder die Gardinenstange schlecht montiert? Auf beide Fragen können offensichtlich keine zutreffenden Antworten gegeben werden. Der Mensch neigt zwar dazu in eine Richtung zu tendieren, kann diese aber nicht abschließend klären⁴³.

⁴⁰ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 26.

⁴¹ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 18 / 19.

⁴² Vgl. Barth, A., 1997, S. 29.

⁴³ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 198.

3.3.1 Gestaltende Risikofaktoren

Gestaltende Risikofaktoren beschreiben die Umwelt. Demnach die von außen einwirkenden Faktoren. Diese können durch gesetzliche Vorschriften, durch organisatorische Begebenheiten oder auch durch Konflikte mit Kollegen bedingt sein.⁴⁴

Leider sind die Belege hinsichtlich der Ursachen erstaunlich rar. Überall lässt sich heutzutage Literatur zu Burnout finden und Wissenschaftler diskutieren massenhaft über die möglichen Auslöser. Doch sind die wenigsten davon belegt. Daher wird im Folgenden auf die Literatur gestützt, die mit den Ergebnissen der Interviews nahezu deckungsgleich sind. Die Forschungsergebnisse von Maslach und Leiter kommen den Ergebnissen der Interviews sehr nahe. Daher werden diese in den Fokus der Betrachtung gerückt.

Maslach und Leiter vertreten die Meinung: je höher die Abweichungen zwischen dem auszuübenden Beruf und dem Individuum selbst sind, desto wahrscheinlich wird der Ausbruch von Burnout. Leider werden die menschlichen Werte im heutigen Berufsleben immer mehr von wirtschaftlichen Kennzahlen abgelöst. Der Arbeitnehmer hat dies stillschweigend hinzunehmen und sich den Anforderungen anzupassen.⁴⁵ Mit diesem Problem hat das Gesundheitspersonal zu kämpfen.

3.3.1.1 Arbeitsüberlastung

Nach Maslach und Leiter ist die „Arbeitsüberlastung“ eine Ursache von Burnout. Je größer der Arbeitsumfang wird, desto mehr Zeit und Energie muss in die zu bewältigende Aufgabe investiert werden.⁴⁶ Wie bereits erwähnt steigt in der heutigen Zeit die Tendenz zu Personaleinsparungen. Auch Krankenhausverwaltungen legen ihren Fokus auf die Produktivität und versuchen diese mit weniger Personal zu bewerkstelligen. Dies hat zur Folge, dass Ärzte und Pflegepersonal länger und vor allem härter arbeiten

⁴⁴ Vgl. Schmiedel, V., 2010, S. 62.

⁴⁵ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 10.

⁴⁶ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 41.

müssen, da der Arbeitsumfang trotz der Personaleinsparungen nicht abnimmt, sondern im Gegenteil noch zunimmt. Die Arbeit verdichtet sich.⁴⁷

Diese Ansicht teilten die Interviewpartner mehrheitlich (s. A. 1-6). Sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich sei das fehlende Personal ein massives Problem. In den vergangenen Jahren sei die Arbeitsdichte systematisch erhöht worden. Es müssen mehr Patienten mit weniger Personal als noch vor einigen Jahren behandelt werden. Teilweise handelt es sich aufgrund der älter werdenden Gesellschaft um tendenziell „kränkere“ Menschen, die eine arbeitsintensivere und aufwändigere medizinische Betreuung benötigen. Die Klinikleitung hingegen versucht durch personelle Einsparungen die Defizite im eigenen Haushalt möglichst klein zu halten.

Einen weiteren Grund für die zunehmende Belastung sehen die Interviewpartner in den traditionellen und unersetzbaren Schichtdiensten, insbesondere den damit verbundenen Wechselschichten, die keine Routine und Regelmäßigkeit für den Biorhythmus erlauben und große Anstrengungen für den Körper darstellen. Dr. med. S. S. (s. A. 2) sieht vor allem in der Nachtschicht, zum Beispiel aus einem plötzlich eintretenden Notfall heraus, der konzentriertes und exaktes Arbeiten direkt nach dem Aufstehen erfordert eine außerordentliche Arbeitsbelastung. Hinzu kommen Wochenend- und Feiertagsdienste, die konträr zu den Arbeitszeiten der Gesellschaft stehen. Wochenende und Abende sind meist nicht obligat zur Verfügung stehend, was Konfliktpotential für das private Umfeld birgt. Termine sind nur schwer planbar, können nicht eingehalten werden oder sind durch mögliche Bereitschaftsdienste gestört (Dr. med. E. N.; s. A. 1). Auch Maslach und Leiter konnten feststellen, dass lange und anstrengende Arbeitstage strapaziös für den Körper sein können und dies zur Vernachlässigung des Privatlebens führt. Hobbys oder andere Verpflichtungen werden versäumt oder gar aufgegeben, um in der freien Zeit die benötigte Erholung zu finden. Doch auch dies ist nicht mehr so einfach. Zuhause warten möglicherweise Kinder und ebenfalls arbeitstätige Partner. Diese fordern die volle Aufmerksamkeit und auch die Hausarbeit will erledigt werden. Sich neben der Arbeit zu entspannen wird immer schwieriger werden, da die Anforderungen neben der Arbeit zunehmend steigen.⁴⁸ Hier ist psychischer Stress

⁴⁷Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 42.

⁴⁸Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 42 – 44.

vorprogrammiert. Eine ausgewogene Work-Life-Balance wird zunehmend schwieriger zu erreichen sein.

Eine weitere Problemquelle stellt laut Dr. med. E. N. die maximale Arbeitszeit dar (s. A. 1). Während sich in der Pflege die Arbeitszeiten akkurat an die gesetzlich vorgeschriebenen Richtlinien halten, arbeiten die Ärzte oft mehr als die gesetzlich verankerte 40-Stunden-Woche (siehe auch Anlage (s. a. A.) 2). Hier stellt sich die Frage der Definition der maximalen Arbeitszeit eines Arztes. Neben den 40 Stunden haben Ärzte Not- oder Bereitschaftsdienste anzunehmen. Durch einen krankheitsbedingten Ausfall entsteht Mehrarbeit, die natürlich durch das verfügbare Personal ausgeglichen werden muss. Hinzu kommen die nicht eingeplanten Übergabezeiten (Sind in der Pflege Teil der Arbeitszeit). Doch wie soll ein Arzt seine Schicht übernehmen und Patienten erfolgreich behandeln, wenn er nicht in die Geschehnisse der vorherigen Schicht eingewiesen wurde. Eine Übergabe ist demnach im Sinne der Patientenverantwortung unumgänglich, kostet jedoch zusätzliche nicht entlohnte Arbeitszeit.

Aufgrund der Vielfältigkeit von Krankheiten unterscheiden sich die Belastungen der verschiedenen Berufsgruppen in Krankenhäusern stark. Ein Physiotherapeut hat ein anderes Anspruchs- und Risikoprofil als ein Herzchirurg, bei dem jeder Handgriff exakt und präzise ausgeführt werden muss, damit der Patient ohne folgeschwere Komplikationen genesen kann. Auch Ärzte der Radiologie oder der Neurologie weisen unterschiedliche Anforderungsprofile auf (Dr. med. E. N.; s. A. 1). Der Herzchirurg oder der Radiologe haben oftmals mit gravierenden Krankheiten zu kämpfen. Jeder Schritt muss akkurat ausgeführt werden, denn jeder Fehler wird auf dramatische Weise bestraft bzw. kann lebensbedrohliche Konsequenzen nach sich ziehen. Diese Verantwortung kann eine große psychische Last auf den eigenen Schultern darstellen. Das Pflegepersonal ist natürlich ebenso von Schicksalsschlägen der Patienten oder von schweren Krankheitsverläufen betroffen.

Neben den bisher genannten Beanspruchungen spielt auch die fehlende Zeit für die beschwerdenkonforme Behandlung des Patienten eine tragende Rolle. S. R. (s. A. 4) beschrieb im persönlichen Interview die täglichen Schwierigkeiten die eigene Arbeit für sich persönlich erfolgreich zu meistern und die zahlreichen Patienten ausreichend zu behandeln. Oftmals müssen aufgrund der knappen Zeit die Patienten ohne ein wohlthuendes Gespräch auskommen (s. a. A. 5,6). Diese Tatsache des ständigen persönlichen Defizits bei der Arbeit und dem damit verbundenen Zeitdruck raubt der Arbeitskraft unglaublich viel Energie, die aber bei der Bewältigung der Arbeit dringend

gebraucht wird.⁴⁹ Daraus resultiert Stress und Unzufriedenheit.⁵⁰ Nach der Arbeit stellt sich das Problem des „Nicht-Abschalten-Könnens“. Schwere Schicksalsschläge, ernüchternde Krankheitsverläufe oder große Leiden verfolgen den Arbeitnehmer oft bis in sein Privatleben. Außer er hat sich ein „dickes Fell“ (Dr. med. E. N.; s. A. 1) zugelegt und kann „das Erlebte an der Türe abgeben“. S. R. beschreibt eine Gratwanderung zwischen Sympathie, Mitgefühl, Mitleid und selbstschützender Nichtteilnahme. Die Gedanken begleiteten einen teilweise rund um die Uhr (S. R.; s. A. 4).

Ärzte und Pfleger erlernen in der Ausbildung wie sie Leben retten können, wie sie einen Menschen vor dem Tod bewahren, doch sie lernen nicht, wie sie mit dem Tod und schweren Schicksalsschlägen ihrer Patienten umzugehen haben und auch nicht wie sie nach der Arbeit abschalten und entspannen können.

3.3.1.2 Mangel an Kontrolle und Verantwortung sowie unzureichende Belohnung und Wertschätzung

Zwei weitere Aspekte sehen Maslach und Leiter in der mangelhaften Kontrolle und Verantwortung sowie in der unzureichenden Belohnung und Wertschätzung der Mitarbeiter. Kontrolle ist relativ zu betrachten. Weder Arzt noch Pfleger haben die völlige Kontrolle über ihre Aufgaben. Dies ist auch nicht wünschenswert. Dennoch ist es wichtig die Kontrolle und vor allem Verantwortung über relevante Aspekte bei der eigenen Arbeit inne zu haben. Ob diese alleinig oder gemeinsam in einem Team überwacht wird, spielt keine Rolle. Jedoch bei fehlender Möglichkeit die eigene Arbeit zu kontrollieren oder zu verantworten, geraten die Menschen in ein Desinteresse ihrer Arbeit und sind empfänglicher für die charakteristischen Merkmale von Burnout.⁵¹

Maslach und Leiter erwähnten einen passenden Satz, der optimal auf das Krankenhausgeschehen anzuwenden ist: „Die Autonomie einer Person endet dort, wo die einer anderen beginnt.“⁵² Das deutsche Krankenhaus ist ein stark hierarchisiertes Berufs-

⁴⁹ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 45.

⁵⁰ Vgl. Bergner, T., 2007, S. 13.

⁵¹ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 46 / 47.

⁵² Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 47, Z. 10 / 11.

feld. Dies ist auf die Anfänge des 19. Jahrhunderts und dessen Militärs zurückzuführen. Aus dieser Zeit stammt das System der Chef-, Ober-, und Unterärzten (heute Assistenzärzte) sowie die darunter stehenden Pflegekräfte.⁵³ Je tiefer der Arbeitnehmer in der Hierarchie sinkt, desto enger wird das Entscheidungs- und Kontrollfeld der eigenen Arbeit, erklärte Dr. med. E. N. (s. A. 1). Dieser Spielraum ist jedoch stark personalabhängig. Es ist möglich, auch als Pfleger ein relativ hohes Entscheidungs- und Kontrollfeld aufweisen zu können, wenn der hierarchisch obere Arbeitnehmer wenig Interesse an seinen eigenen Spielräumen zeigt und diese an den Nächsten überträgt.

Weiter kann der Mangel an Kontrolle auch als eine fehlende Steuerung hinsichtlich der Genesung von Patienten gesehen werden. Krankheiten sind nicht immer beeinflussbar, sondern nehmen ihren eigenen Lauf und führen manchmal trotz tadellosem Einsatz der Ärzte und Pflegekräfte zum Tode.⁵⁴ Auch eine fehlendes Einverständnis des Patienten oder die mangelnde Bereitschaft, einen Rat oder Empfehlung des Arztes zu befolgen, zählen im Rahmen des Mangels an Kontrolle zu den möglichen Ursachen von Burnout. Um diese Compliance zu bewahren, spielen viele Faktoren, wie das richtige Maß an Empathie und Sympathie, Aktionismus oder auch das Verständnis des Arztes, eine bedeutende Rolle.⁵⁵

Unzureichende Belohnung und Anerkennung der geleisteten Arbeit können fatalen Folgen nach sich ziehen. Es ist wichtig einen Ausgleich zwischen extrinsischer und intrinsischer Belohnung zu finden. Leider nimmt die extrinsische Belohnung, also Geld, Ansehen und Sicherheit des Arbeitsplatzes, ab obwohl die Menschen im Vergleich zu früher mehr arbeiten.⁵⁶ Die Honorare für Ärzte und der Lohn für Pflegekräfte haben in den letzten Jahren nicht entsprechend zugenommen, obwohl sich die Arbeit und die zu behandelnde Patientenzahl aufgrund des ansteigenden „Turn-Over“ vermehrt haben.⁵⁷

Einige der Interviewpartner bemängelten zudem die mangelnde Anerkennung der Verwaltung, insbesondere im Bereich der Ärzte (s. A. 1,2,5,6). Dr. med. E. N. beschrieb die unphysiologischen Belastungen des Arztberufes, wie das „Auf-einer-Stelle-stehen“ während einer vier bis fünf stündigen Operation (OP) und den daraus resultierenden

⁵³ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 82.

⁵⁴ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 27.

⁵⁵ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 134 ff..

⁵⁶ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 48.

⁵⁷ Vgl. Krankenhaus Reinbek, Pressemitteilung, 17.06.2013.

Folgen, wie bspw. Krampfadern an den Beinen. Von der Verwaltungsebene wird jedoch der Eindruck vermittelt, dass die Ärzte das schon schaffen werden. Sie seien doch Ärzte, das ist ihr Job. Doch diese Arbeit stellt tagtäglich eine neue Herausforderung dar und sollte mit mehr Wertschätzung honoriert werden.

Denn wenn diese Wertschätzung abnimmt, verliert der Mensch seinen inneren Antrieb, seine Überzeugung die Arbeit mit Motivation zu bewältigen und den Glauben an das eigene Können. Und nur wer wirklich von seinen Fähigkeiten überzeugt ist, hat Spaß an der Arbeit und ist intrinsisch motiviert.⁵⁸

3.3.1.3 Fehlen von Gerechtigkeit

Basis für eine gesunde Zusammenarbeit ist die Gemeinschaft – gesunde, soziale, zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz. Mögliche Störfaktoren sind bspw. Arbeitsplatzunsicherheit oder durch die Verwaltung ausgeübter Druck bezüglich ökonomischer Ziele (Kostendruck etc.). Infolgedessen kommt es regelmäßig zu kollegialen Konflikten wie zum Beispiel respektloses Verhalten oder nachlassender gegenseitiger Unterstützung. Die Konflikte, insbesondere die mangelnde gegenseitige Unterstützung und daraus resultierende Mehrarbeit für den Einzelnen führt bei Arbeitnehmern meist zu „gefühlter“ Benachteiligung. Er fühlt sich nicht fair behandelt. Die Arbeitsatmosphäre leidet enorm unter diesen Störfaktoren und endet oft im gegenseitigen Mobbing. Mobbing ist eine weitere mögliche Gefahrenquelle für Burnout.⁵⁹ Maslach und Leiter betrachten Vertrauen, Offenheit und Respekt als die drei ausschlaggebenden Elemente für das Interesse an und die Leidenschaft für die eigene Arbeit. Fehlt eines dieser Elemente, sehen Maslach und Leiter eine Gefährdung für Burnout.⁶⁰

⁵⁸ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 51.

⁵⁹ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 52 – 55.

⁶⁰ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 56.

3.3.1.4 Widersprüchliche Erfordernisse

Burnout hat laut Maslach und Leiter seinen Ursprung unter Umständen auch in der Widersprüchlichkeit der Werte. Widersprüchlich insofern, dass sich das Interesse der Krankenhausverwaltung im Vergleich zum eigentlichen Betriebszweck der Institution nicht deckt. Es stehen sich betriebswirtschaftliche Sichtweisen wie Kosteneinsparungen und der Wille, kranken Menschen ausreichend zu helfen gegenüber. Der Ursprung dieser Diskrepanz liegt in den Zuschusskürzungen der Regierungen bzw. der pauschalen Kostenerstattung. Die Krankenhausleitung ist angehalten, ihren Mitarbeitern weniger finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. In diesem Zuge gilt es festzuhalten, dass Erkrankungen ökonomisch nicht standardisierbar sind. Es ist demnach fraglich, ob die pauschale Finanzierung angebracht ist. Stattdessen muss individuell beurteilt werden, welche Art und Dauer der Behandlung für die Genesung des Patienten am erfolgversprechendsten zu sein scheint. Dadurch gelangen Ärzte, als auch Pflegekräfte in einen Zwiespalt. Einerseits dem Wunsch der Klinikverwaltung entsprechen zu wollen und andererseits nach eigener Überzeugung zu handeln.⁶¹ Können Ärzte und Pfleger ihre Arbeit dann überhaupt noch erfolgreich erledigen? Genügt eine ausreichende Pflege oder sollten Patienten nicht gut behandelt werden?

Seit dem Jahr 2004 wird in deutschen Krankenhäusern mit dem DRG-System gearbeitet. Darunter ist ein pauschalisiertes Vergütungssystem zu verstehen, nachdem die Krankheitsfälle abgerechnet werden.⁶²

Ein Patient wird beispielsweise aufgrund einer akuten Appendizitis operiert. Hierfür erhält das Krankenhaus eine Pauschale in Höhe von 3,9 Tage Verweildauer erstattet.⁶³ Ist ein längerer Aufenthalt für die Genesung des Patienten notwendig, erfährt das Krankenhaus keine Kostenerstattung des Mehraufwands. Im Gegensatz dazu wird die Verlängerung der stationären Behandlung aufgrund von Komplikationen im Heilungsprozess entsprechend finanziell berücksichtigt. Ein Anreiz den Patienten früher aus der ärztlichen Obhut zu entlassen, besteht insofern, dass die Pauschale auch für Aufenthalte, die die pauschale Verweildauer unterschreiten, gewährt wird (s. A. 4). Ein weiteres Beispiel der widersprüchlichen Erfordernisse ist die Therapie eines

⁶¹ Vgl. Maslach, C. / Leiter, P., 2001, S. 63.

⁶² Vgl. Dimdi.

⁶³ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, 1/2011.

Krebspatienten. Er benötigt eine spezielle Chemotherapie aufgrund eines aggressiven Krebses. Der zuständige Arzt hat zu entscheiden, ob er die erfolgversprechendste Therapie, die kostspieliger ist und somit nicht finanziert wird oder die günstigere Variante mit womöglich schlechterem Behandlungsergebnis wählt. Handelt er nach bestem Gewissen oder gibt er dem Kostendruck nach? Selbst bei der Wahl der Medikamente und Verbandsmittel sind Pflegekräfte und Ärzte nicht unbefangen. Wiederum greift das Problem der ausschließlich notwendigen Finanzierung (S. R.; s. A. 4)

Am Ende der Diskussion muss berücksichtigt werden, dass auch die Verwaltung Handlungsanweisungen unterliegt, durch die dem verantwortlichen Personal oft die „Hände gebunden sind“. Eine Betrachtung beider Seiten ist daher unerlässlich, klärt die Frage über richtig oder falsch jedoch nicht abschließend.

Doch ist es dann womöglich so, dass Patienten früher als sinnvoll entlassen werden, nur um den restlichen, nicht benötigten Pauschalanteil einsparen zu können und dieses Budget in einen anderen Patienten zusätzlich investieren zu können? Zumindest die Verwaltungsebene versucht das Defizit durch Personaleinsparungen auszugleichen (Dr. med. S. S.; s. A. 2).

3.3.1.5 Starke physische Beanspruchung

Neben den bisher genannten Problematiken, führen zweifelsfrei auch physische Belastungen zu Beschwerden. Auch sie können der Ursprung eines Burnouts sein. Besonders Pflegekräfte sind aufgrund ihrer Tätigkeit stark im Bereich des Muskel-Skelett-Systems beansprucht. Diese reichen von Tragen von Lasten über Transportieren von Patienten bis Ziehen, Schieben und Halten von Gegenständen oder Patienten. Wird die Tätigkeit nicht kontinuierlich ergonomisch ausgeführt, führt dies schnell zu starken Belastungen des Körpers, insbesondere für den Rücken. Muskel-Skelett-Erkrankungen, wie ein Bandscheibenvorfall und Schulter-Arm-Beschwerden zählen in Krankenhäusern zu den häufigsten Erkrankungen im Bereich der Pflege.⁶⁴ Besonders in der immer weiter steigenden Hektik im Rahmen der Personaleinsparungen, können

⁶⁴ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009, S. 4.

ergonomisches Heben oder Ziehen oder auch Kinästhetik oft nicht korrekt ausgeführt werden (S. R.; s. A. 4).

Auch Ärzte unterliegen starken physischen Anstrengungen. Ungünstige Körperhaltungen, nicht ergonomisches Operationsbesteck, wie eine unvorteilhafte Schere für die Hand, oder das stundenlange Stehen während langen Operationen können zu Beschwerden im Bereich des Muskel-Skelett-Systems führen.⁶⁵

3.3.1.6 Privates Umfeld

Neben den Arbeitsbedingungen können auch das private Umfeld und damit verbundene Probleme zusätzlichen Einfluss auf die Gesundheit haben.⁶⁶

A. Z., die bereits an Burnout erkrankte, nannte auch private Belastungen als einen Faktor für die Entstehung ihres „Ausgebranntseins“. Sie hatte neben beruflichen Anstrengungen mit einer schwierigen, nicht komplikationsfreien Schwangerschaft und einem Herzinfarkt des Vaters zu kämpfen (s. A. 7).

3.3.2 Persönliche Risikofaktoren

Neben den oben erarbeiteten gestaltenden Risikofaktoren gehören auch persönliche Risikofaktoren zu den Ursachen von Burnout. Diese sind auch als innere Risikofaktoren bekannt.⁶⁷

Gibt es eine spezielle Persönlichkeit, die für das Ausbrennen prädestiniert ist? In der Literatur finden sich viele gegensätzliche Charakteristiken für den typischen Burnout-Patienten.⁶⁸

⁶⁵ Vgl. Fachhochschule Münster, 2011, S. 34 / 36.

⁶⁶ Vgl. Bergner, T., 2007, S. 12.

⁶⁷ Vgl. Schmiedel, V., 2010, S. 63.

⁶⁸ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 1982, S. 63; Freudemberger, H. / Richelson, G., 1980, S. 40.

Im Folgenden werde ich die potentiellen Persönlichkeitsmerkmale beim Menschen beschreiben:

Freudenberger und Richelson beschreiben einen typisch risikobehafteten Menschen als „dynamische, charismatische und zielstrebige Männer und Frauen [...], die sich bei allem, was sie tun, voll und ganz einsetzen und auch innerlich daran beteiligt sind.“⁶⁹ Sie beschreiben einen Menschen, der zugleich ehrgeizig ist und eine hohe Erwartungshaltung an seine eigene Person hat - bis hin zum Perfektionismus. Der „perfekte Perfektionist“ steckt sich hohe Ziele, von denen er weder abweicht noch bereit ist Kompromisse einzugehen.

Meines Erachtens steckt er sich immer höhere Ziele, erhöht die Erwartungen an sich selbst, um weiter das Gefühl des Erfolgs genießen zu können. Generell sieht Freudenberger einen Menschen, der sich nach Erfolg sehnt, als potentiell gefährdet an.⁷⁰

Ringt ein Individuum bei seinen Mitmenschen um Anerkennung, will er diese bspw. beeindrucken oder gar bekehren, ist er ebenfalls prädestiniert.⁷¹ Ein typischer Arzt oder Pfleger ist häufig vom sogenannten „Helfersyndrom“ betroffen, versucht durch seine geleistete Arbeit gesellschaftliche Anerkennung zu gewinnen und ist wenig bis kaum kritikfähig. Der Drang nach ständiger Aufmerksamkeit und Anerkennung kostet Energie.⁷² Ein weiteres Problem ist, dass die Arbeit als Mittelpunkt des Lebens angesehen wird.⁷³

Außerdem gefährdet sind Menschen, die es jedem recht machen wollen und sich nicht auf andere Meinungen einlassen können. Würden diese Personen auf ihr Inneres hören, würde ihnen bewusst, dass eine derartige Einstellung zur Gefährdung der eigenen Gesundheit führen kann.⁷⁴

Generell müssen nicht sämtliche persönliche Eigenschaften erfüllt sein, um an Burnout zu erkranken.

⁶⁹ Vgl. Freudenberger, H. / Richelson, G., 1980, S. 40.

⁷⁰ Vgl. Freudenberger, H. / Richelson, G., 1983, S. 125.

⁷¹ Vgl. Burisch, M., 2006, S. 206.

⁷² Vgl. Bergner, T., 2007, S. 59.

⁷³ Vgl. Edelwich, J. / Brodsky, A., 1984, S. 24.

⁷⁴ Vgl. Bergner, T., 2007, S. 60.

Die oben genannten Merkmale decken sich bspw. mit der Aussage eines Interviewpartners:

A. Z. charakterisiert sich selbst als eine ehrgeizige und perfektionistische Frau, die hohe Anforderungen an sich selbst stellt. Ihr fällt es äußerst schwer jemandem einen Wunsch abzuschlagen – kurzum: sie hat das Bedürfnis es allen und jedem recht machen zu wollen, nur nicht sich selbst (s. A. 7). Strebt eine Person bei einer jeden Tätigkeit nach Perfektionismus und „leidet“ sie gleichzeitig darunter eine übertragene Aufgabe nicht ablehnen zu können, so ist es unmöglich in der Kürze der Zeit die privaten und beruflichen Aufgaben des Lebens zu bewältigen. Es ist leicht zu erahnen, dass dies zwangsläufig zu Überforderung führen wird.

Gestaltende Risikofaktoren		Persönliche Risikofaktoren
Arbeitsüberlastung	<ul style="list-style-type: none"> - Personaleinsparungen - Schicht- und Wochenenddienste - Maximale Arbeitszeit - Zeitdruck / Stress 	Starker Ehrgeiz
Mangel an Kontrolle und Verantwortung sowie unzureichende Belohnung und Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> - Hierarchie - Unkontrollierbarkeit der Krankheiten - Verwaltung 	Perfektionismus
Fehlen von Gerechtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Mobbing 	Erfolgsmensch
Widersprüchliche Werte	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebswirtschaftliche Denkweise und nicht standardisierte Krankheiten 	Bedürfnis nach Anerkennung und Aufmerksamkeit
Private Umstände / Probleme	-----	Lebensmotivation Arbeit
-----	-----	Die Erwartungshaltung aller erfüllen

Tab. 2: Ursachen

Tabelle 2 veranschaulicht die erarbeiteten Ergebnisse erneut. Zusammenfassend lässt sich verdeutlichen, dass der Arbeitsplatz Krankenhaus risikobedingte Belastungen für Burnout aufweisen kann. Bedingt durch die Arbeitsplatzsituation, die persönliche Lebenssituation, sowie individuelle Wertvorstellungen. Infolge des Zusammenspiels und der Wechselwirkung verschiedener Faktoren, wird der Prozess des „Ausgebranntsein“ begünstigt und führt im Extremfall nach langanhaltender Überforderung letztendlich zu Burnout.⁷⁵

3.4 Folgen von Überforderung

3.4.1 Für den Betroffenen

Dauerhafte psychische und physische Überforderung hat Folgen. Es treten sowohl körperliche als auch emotionale Veränderungen auf. Sie sind individuell, phasenübergreifend (siehe Kapitel (s. K.) 2.3.3) und von unterschiedlicher Dauer.⁷⁶ Bereits vor der Diagnose Burnout können Symptome infolge von Überforderung auftreten. Tab. 3 zeigt die möglichen körperlichen Symptome:

Körperregionen	Symptome
Gehirn	<ul style="list-style-type: none"> - Schwindel - Schlafstörungen - Müdigkeit
Herz-Kreislauf	<ul style="list-style-type: none"> - labiler Blutdruck (Hyper- und Hypotonie), Folgeerkrankungen - Tachykardie - kardiale Gefühle wie Engegefühl in der Brust,

⁷⁵ Vgl. Bergner, T., 2004, S. 410.

⁷⁶ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 30.

	Brustschmerz
Immunsystem	<ul style="list-style-type: none">- häufige Erkältungen oder Banalinfektionen- Allergien
Lunge	<ul style="list-style-type: none">- Atemnot
Muskulatur	<ul style="list-style-type: none">- Kopf- und Rückenschmerzen- Somatisierungsstörungen
Nerven	<ul style="list-style-type: none">- erhöhtes Schmerzerleben- Spannungskopfschmerz- Schulter- und Nackenverspannungen- Tics- Zittern- Zähneknirschen
Ohr	<ul style="list-style-type: none">- Tinnitus
Schmerz	<ul style="list-style-type: none">- verminderte Schmerztoleranz
Sexualität	<ul style="list-style-type: none">- Zyklusstörungen- Libidoverlust- Impotenz
Statik	<ul style="list-style-type: none">- Bandscheibenvorfall (insb. Pflege)
Stoffwechsel	<ul style="list-style-type: none">- veränderte Essgewohnheiten, bis hin zu Adipositas oder Gewichtsabnahme
Verdauungsorgane	<ul style="list-style-type: none">- Übelkeit- Appetitlosigkeit, Blähungen- Darmbeschwerden wie: Diarrhö, Obstipation, Colon irritabile

Anderes	- im Extremfall: Sucht
----------------	------------------------

Tab. 3: *Physische Symptome*⁷⁷

Es soll noch einmal betont werden, dass die in der Tabelle aufgezählten Symptome in unterschiedlichster Weise und in verschiedenen Phasen auftreten können. Ein Beispiel dafür ist die von mir interviewte A. Z. (s. A. 7). Sie nannte Symptome wie Magenprobleme und ein Stechen in der Herzgegend an anspruchsvollen Arbeitstagen bereits vier Jahre vor Ausbrechen des Burnouts. Später klagte sie über Magenschmerzen und erkrankte regelmäßig am ersten Urlaubstag. Beim eigentlichen Burnout war es nicht mehr möglich den Alltag uneingeschränkt zu genießen. Ständiges Herzrasen, Kopfschmerzen, Schwindel, nervöse Unruhezustände und Probleme im Magen- und Darmtrakt begleiteten ihren Alltag. Für sie war es nahezu unmöglich zur Ruhe zu kommen. A.Z. war in ihrem Alltag stark eingeschränkt: ein normales Leben war nicht mehr möglich. Allein der Gedanke sich um das eigene Kind kümmern oder schlicht aufstehen zu müssen, überforderte sie.

Doch neben den physischen Symptomen können auch psychische Folgen vor oder während des Burnouts auftreten. Betroffene leiden bspw. unter schwerer emotionaler Erschöpfung, Schuldgefühlen bei Misslingen einer Operation (Dr. S. S.; s. A. 2), sind gereizt, zynisch und ziehen sich sowohl innerlich als auch äußerlich zurück. Spannungsfelder bei Kollegen, Freunden und Familie sowie Ängste bestimmen den Alltag (Dr. med. R. V.; s. A. 3). Oft vermindert sich auch die Leistungsfähigkeit.⁷⁸

Maslach und Leiter machen die Folgen von Überlastung bspw. am geistigen und körperlichen Rückzug, deutlich minimiertem Arbeitseinsatz und ausschließlicher Erarbeitung der notwendigsten Aufgaben fest. Zudem kamen sie zu dem Erkenntnis, dass Betroffene öfter krankgeschrieben sind.⁷⁹ Bei einem Arzt bedeutet das zum Beispiel den Rückgang selbstständig getätigter Aufgaben, also das erhöhte Delegieren. Veränderungen im Verschreibungsalltag oder Verletzen des Arztgeheimnisses können au-

⁵⁹ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 31 / 32, basiert auf Gathmann, P. / Semrau-Liniger, C., 1996; Kaluza, G., 2004.

⁷⁸ Vgl. Institut für ganzheitliches Gesundheitsmanagement.

⁷⁹ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 20.

ßerdem Folgen sein. Möglich sind auch Schuldzuweisungen an den Patienten, Ausführen der Arbeit nach Plänen (nicht nach Wissen und Gewissen), Meckern sowohl auf der Arbeit als auch im privaten Umfeld und Isolierung zum Patienten (auch im Falle des Pflegepersonals).⁸⁰

Im Extremfall muss der Betroffene die Konsequenzen ziehen und kündigen. „Stolz, Prestige und persönliche Identität“ mit der Arbeit werden auf schmerzhaft Weise zurückgelassen.⁸¹

3.4.2 Für die Organisation

Ein angestellter Burnout-Betroffener bedeutet für die Organisation, das Krankenhaus, einen immensen finanziellen Aufwand. Der Betroffene ist weniger leistungsfähig. Er fällt krankheitsbedingt immer wieder aus, manchmal über längere Zeit. Es fallen dann Kosten für eine zusätzlich notwendige Arbeitskraft an oder andere bereits angestellte Ärzte oder Pfleger müssen die fehlende Leistung ausgleichen, was wiederum zu einer erhöhten Beanspruchung führt. Wenn ein Arbeitnehmer aufgrund einer Erkrankung ausscheiden muss, sind die Kosten, die in seiner Aus- und Weiterbildung investiert wurden, für den Betrieb hinfällig.⁸²

Sowohl für den Betroffenen, als auch für Organisation ist der Preis hoch: Während dem Arbeitnehmer die Aussicht auf eine erfolgsversprechende berufliche Karriere durch eine krankheitsbedingte Auszeit genommen wird, verliert das Unternehmen womöglich einen ehemals produktiven, kreativen und engagierten Mitarbeiter.⁸³

⁸⁰ Vgl. Kaluza, G., 2004; Bergner, T., 2003.

⁸¹ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 21.

⁸² Vgl. Bergner, T., 2006, S. 39 / 40.

⁸³ Vgl. Maslach, C. / Leiter, M., 2001, S. 21.

4 Anregungen für primärpräventive Maßnahmen



Abb. 4: Wegweiser Sicherheit⁸⁴

4.1 Allgemein

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden primär präventive Maßnahmen eingesetzt, die die Arbeitskräfte vor Ausbruch von „Fehlbelastungsfolgen“ schützen. In der Ottawa-Charta der WHO von 1986 wird diese wie folgt beschrieben: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen...Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können... Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“⁸⁵ Leider

⁸⁴ Vgl. Fotolia.

⁸⁵ Vgl. WHO, Ottawa –Charta zur Gesundheitsförderung.

ist in der heutigen Zeit immer noch der „Reparaturansatz“ allgegenwärtig:⁸⁶ Wie reagiert der Betroffene auf bereits aufgetretene Probleme und Beschwerden? Es sollten präventive Risikoprofile erstellt werden, um vor Ausbruch einer Fehlbeanspruchungsfolge handeln zu können um dadurch Personalausfälle zu vermeiden. Es gilt also die Grundsatz: agieren statt reagieren!

Gesundheitsförderung setzt fundiertes Fachwissen im Management voraus. Die folgende Abbildung zeigt dessen Bestandteile (Abb. 5):

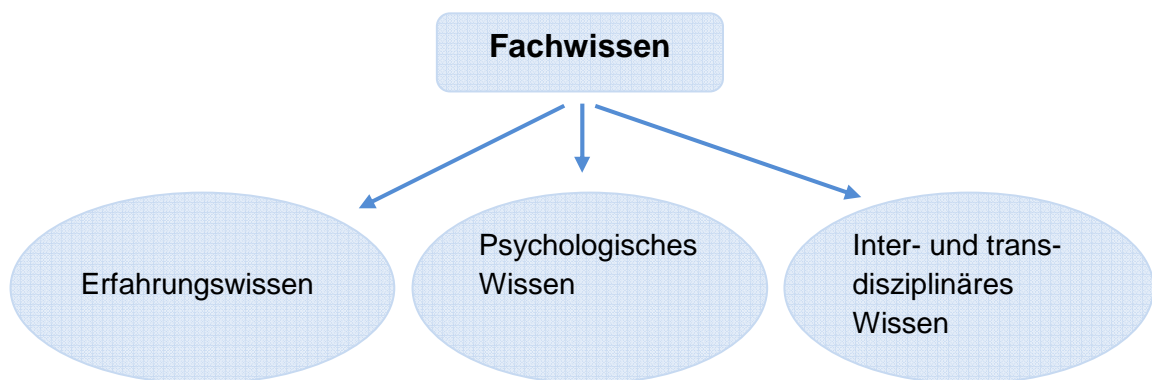


Abb. 5: Das Fachwissen

Das *Erfahrungswissen* dient der Entscheidungsfindung: Welche gezielten Maßnahmen werden zu welchem Zeitpunkt, in welchem Teil der Organisation, in welcher Art und Weise eingesetzt?

Das *psychologische Wissen* untersucht das Zusammenspiel zwischen Belastungen, Ressourcen und Gesundheit.

Die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen werden durch das *inter- und transdisziplinäre Wissen* in die Betrachtung mit einbezogen. Genauer meint dies die Ablauforganisation, die Ausdehnung von Strategien sowie die Analyse.

⁸⁶ Vgl. Bamberg E. / Ducki A. / Metz A, 2011, S. 53.

Um zu gewährleisten, dass die Gesundheit innerhalb einer Organisation stets den gegebenen Anforderungen und Rahmenbedingungen entspricht, muss ein ständiger Evaluationsprozess auf allen drei Ebenen stattfinden. Daraus lassen sich einfacher Verbesserungsmaßnahmen ableiten und konkret benennen.⁸⁷

Mögliche Maßnahmen zur Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb einer Organisation werden im Folgenden detailliert beschrieben und einer kritischen Würdigung unterzogen. Dabei lag es der Autorin am Herzen nicht in der Literatur zahlreich vertretene Maßnahmen aufzugreifen, sondern eigene Ansätze zu beschreiben, aber auch mögliche Risiken herauszustellen.

4.2 Verhältnisorientierte Maßnahmen

Die verhältnisorientierten Maßnahmen oder auch institutionellen Maßnahmen richten sich an die Organisation oder an den kompletten Mitarbeiterstamm.⁸⁸

4.2.1 Früherkennungssystem

Um dem Ausbruch von Burnout vorbeugen zu können, sollte ein System erarbeitet werden, das Anzeichen bei Ärzten oder Pflegern frühzeitig erkennt und den Betroffenen vor Folgen warnt.

Im Optimalfall sollte der Betroffene frühzeitig selbst erkennen, dass er gefährdet ist um intrinsisch motiviert zu sein seine Situation zu ändern. Denn erkennt er seine Krankheit zu spät, wird er versuchen das wissentliche Defizit durch Mehrarbeit zu kompensieren. Folglich leidet die Produktivität, da der Mitarbeiter nie sein ursprüngliches Leistungsniveau abrufen können wird. Bei einem Selbsttest, der im Rahmen einer Umfrage (anonym) durchgeführt werden könnte, ist die ehrliche Beantwortung fraglich. Kann die Eigenerkenntnis überhaupt geschult werden? Ist der Mensch einfach so wie er ist und

⁸⁷ Vgl. Bamberg E. / Ducki A. / Metz A., 2011, S.17-20.

⁸⁸ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 193.

nicht änderbar? Bei der Literaturrecherche konnten dazu leider keine geeigneten Handlungsempfehlungen gefunden werden.

Eine realisierbare Möglichkeit Symptome während ihrer Entstehung zu erkennen, sind meiner Meinung nach regelmäßig psychologisch orientierte Mitarbeitergespräche - in einem halbjährlichen Turnus. Die Gespräche sollten verpflichtend sein, damit ein betroffener Mitarbeiter nicht durch Spot der Kollegen gepeinigt wird. Wichtig ist dabei, dass der Psychologe oder bspw. auch ein psychologisch geschulter Sozialarbeiter nicht der Klinikleitung unterstellt ist und der Psychologe dem Mitarbeiter im Zuge des Gesprächs nicht das Gefühl gibt ihn zu kontrollieren. Das Honorar kann als Investition in die Human Resources betrachtet werden und ist daher unmissverständlich von der Klinik zu tragen. Neben beruflichen Themen wie belastende Arbeitsplatzsituationen oder Konflikte mit Mitarbeitern, sollte die Evaluation auch in private Regionen des Mitarbeiters vordringen. Die Sozialanamnese kann unbewusste Hintergründe aufdecken, wie Ärger in der Familie oder mögliche private Krankheitsfälle. Kommt es zu Problemhäufungen auf einer Station, sollte diese der Psychologe in anonymer Form der Verwaltung mitteilen. Mit Hilfe des psychologischen Rats können Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. So ist eine ganzheitliche Verbesserung sowohl aus ökonomischen als auch aus medizinischen Gesichtspunkten realistisch.

In der Regel finden auf den Stationen wöchentliche Teambesprechungen statt. Hier ist Platz für den stetigen Austausch der Mitarbeiter untereinander: Was beschäftigt mich beruflich und privat? Bin ich überfordert? Was lief in der letzten Woche auf der Station schief? Jede Meinung hat Gewicht. Voraussetzung dafür jedoch ist bspw. eine geeignete Führungskraft, die durch Vertrauen, sozialer Kompetenz, Kritik- oder auch Teamfähigkeit gekennzeichnet ist. Durch das Wechselspiel der Teambesprechungen und den psychologisch orientierten Mitarbeitergesprächen können mögliche Probleme aufgedeckt und gelöst werden.

Wenn den regelmäßig psychologisch orientierten Gesprächen Vertrauen geschenkt wird und aktuelle Probleme offen und ehrlich angesprochen werden, dann bin ich der Meinung, dass diese Möglichkeit der Prävention äußerst effektiv sein wird. Sowohl die Mitarbeiter, als auch die Klinikleitung profitieren von dieser Maßnahme.

4.2.2 Sensibles Personalmanagement

Bereits bei der Personaleinstellung sollte darauf geachtet werden, Menschen mit einer labilen Persönlichkeitsstruktur zu erfassen. Sicherlich ist es möglich, während des Bewerbungsgesprächs genauer auf die Psyche des Bewerbers zu achten. Mithilfe eines beisitzenden anonymen Psychologen könnten Antworten, Gestik und Mimik des Bewerbers analysiert werden. Risikobehaftete Ärzte und Pfleger würden zurückgestellt. Das sensible Auswahlverfahren könnte mit mehreren Probearbeitstagen verknüpft werden. Harte und langwierige OPs, Nachtdienste, Notfallbehandlungen oder auch stressige Situationen. Prüfende Ärzte und Pfleger tragen der Entscheidung auf Eignung bei.

Es besteht dabei die Gefahr, dass Kenntnisse, Fähigkeiten und Qualifikationen nur noch hintergründig bewertet werden. Dieser Fall darf keinesfalls eintreten, denn es müssen weiterhin kranke Menschen behandelt werden. Außerdem ist die Abweisung von Menschen mit geringer persönlicher Stabilität kritisch zu betrachten. Generell kann die Anzahl risikobehafteter Menschen im Gesundheitssystem nicht gesenkt werden, sie werden nur von Krankenhaus zu Krankenhaus gereicht und finden so möglicherweise nur schwer eine Arbeitsstelle.

Meines Erachtens ist dieses „Ausfiltern“ dennoch hilfreich und kann bei konsequentem Einhalten zu weniger krankheitsbedingter Kosten für die Klinik führen. Sind sich zwei Bewerber qualitativ sehr ähnlich, kann mithilfe der Persönlichkeitsstruktur die Entscheidung gefällt werden.

4.2.3 Wertschätzung des Mitarbeiters

Im Rahmen der Interviews wurde die fehlende Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch die Verwaltungsebene stark bemängelt (s. A. 1,2,4,5,6). Als Außenstehender ist es selbstverständlich, dass der Kompetenzträger der Verwaltung dem Arzt oder der Pflegekraft respektvoll gegenübertritt. Denn dieser repräsentiert ganz offensichtlich das Krankenhaus nach außen, im Rahmen seiner Kontakte mit den Patienten. Zweifelsohne sind Ärzte und Pflegekräfte unabdingbar für ein Krankenhaus und hätten dafür eine angemessene Wertschätzung verdient. Doch auch die Reinigungsfachkraft, die sich eine paar Minuten nett mit einem Patienten unterhält und dadurch möglicherweise auch zur Genesung beiträgt, sollte genauso anerkannt und geschätzt werden.

Da stellt sich doch die Frage: Weiß das Personal in der Verwaltung überhaupt, was ein Arzt oder eine Pflegekraft tagtäglich leistet? Weiß das Management um die Konsequenzen, die etwaige Entscheidungen nach sich ziehen?

Um diese Fragen beantworten zu können scheint es sinnvoll, dass ein Kompetenzträger der Verwaltung seine Entscheidungen einerseits mit den Führungskräften aus der Pflege und/oder dem Ärzteteam abstimmt und andererseits Einblicke in die Praxis erhält und so die drohenden Konsequenzen bzw. Entscheidungen hautnah miterlebt. Durch bspw. einen einwöchigen Exkurs könnte die Sensibilität derartiger Kompetenzträger stark erhöht werden. Sowohl der Umfang der Arbeit und die starken Belastungen als auch die nicht gesellschaftsfreundlichen Arbeitszeiten könnten nachempfunden werden. Im Rahmen einer Neueinstellung könnte vorab ein Praktikum absolviert werden.

Mögliche Grenzen könnten bei der Eignung des Kompetenzträgers liegen. Die Tätigkeiten auf Station bzw. im OP sind äußerst gegensätzlich zu denen der Verwaltung. Außerdem kann der Exkurs als einen Kontrolleinsatz bezüglich ökonomischen Verhaltens durch das Management empfunden werden. Eine mögliche Lösung ist die Einstellung eines „Mittelsmann“. Er dient als Bindeglied und hat die Aufgabe objektiv zu beurteilen bzw. die Interessen und Bedürfnisse beider Parteien angemessen zu berücksichtigen.

4.2.4 Kommunikation verbessern

Auf einer Station im Krankenhaus stehen die Mitarbeiter in der Regel in engem Kontakt. Daher besteht die Möglichkeit, dass Mitarbeiter auf drohende Symptome ihrer Kollegen aufmerksam werden. Probleme können insofern entstehen, dass sich der Mitarbeiter durch die Ansprache eines derartigen Verdachts in die Enge getrieben fühlt oder es sich tatsächlich nur um einen Verdacht handelt.

Um derartige Probleme einzudämmen, ist es nötig die Mitarbeiter eines Krankenhauses zu schulen um den Umgang mit einer solchen kritischen Situation durch professionelles Coachen zu erlernen. Dabei steht der erste Kontakt mit dem scheinbaren „Patienten“ im Vordergrund: Wie spreche ich meinen Kollegen in den richtigen Worten auf meine Befürchtungen an? Wie verhalte ich mich ihm gegenüber?

Allgemein sollte in der Organisation eine geeignete Person beauftragt sein, die Empfänger solcher Verdachte ist, diese entsprechend vertraulich behandelt und denkbare Ratschläge erteilt.

Fraglich ist, ob die in den Workshops erlernten Verhaltensrichtlinien beim Personal Akzeptanz finden und im Extremfall dann tatsächlich angewandt werden. Dennoch bin ich der Meinung, dass soziale Kompetenz am Arbeitsplatz einen außerordentlich hohen Stellenwert haben sollte.

4.2.5 Freizeit attraktiver gestalten

Wie bereits in einem vorigen Kapitel erwähnt, mangelt es den deutschen Krankenhäusern nicht an betrieblichen Maßnahmen für die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter, sondern an der Akzeptanz der Angebote (s. K. 3.1). Doch wie kann diese Akzeptanz verbessert werden?

Es gibt bereits Anreizsysteme, um gesundheitsförderliche Maßnahmen attraktiver zu gestalten. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt BidA (Balance in der Altenpflege) in der Diakonie Neuendettelsau, das unter anderem durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unterstützt wird.⁸⁹ Hierbei erhalten die Mitarbeiter ein persönliches Gesundheitsbudget, das zu 50 Prozent der Finanzierung des Gesundheitsprogramms der innerbetrieblichen Maßnahmen dient und zu 50% außerbetrieblich genutzt werden kann. Bspw. durch die finanzielle Unterstützung eines Angebots der Krankenkasse durch das persönliche Gesundheitsbudget.⁹⁰ Die Teilnahme ist sowohl vor, während und/oder nach der Dienstzeit möglich. Die Einteilung des Gesundheitsbudgets orientiert sich am wöchentlichen Arbeitspensum. Ferner werden jedem Mitarbeiter neben dem ihm zustehenden Budget vier zusätzliche freie Tage des Jahres zur Nutzung der Maßnahmen eingeräumt.

⁸⁹Vgl. Balance in der Altenpflege.

⁹⁰Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Diese Art der Anreizschaffung ist meines Ermessens sehr zielführend. Mitarbeiter können sich die genutzten Maßnahmen gutschreiben lassen und sich dadurch einen Bonus in Form von Urlaubzeit sichern. Generell sollten die Maßnahmen jedoch vor oder nach der Arbeitszeit stattfinden, damit durch eifrige Nutzer nicht die Patientenversorgung beeinträchtigt wird. Das Bonussystem ist wie folgt gestaffelt: der Besuch einer gesundheitsförderlichen Maßnahme wird dokumentiert und bei sechs Teilnahmen innerhalb eines halben Jahres, wird dem Mitarbeiter ein zusätzlicher Urlaubstag eingeräumt. Können 10 oder mehr Besuche nachgewiesen werden, erhält der Mitarbeiter zwei arbeitsfreie Tage. Neben dem Bonussystem könnte zusätzlich die Möglichkeit bestehen, die genutzten Maßnahmen als Dienstzeit anrechnen zu lassen.

Prinzipiell muss es sich nicht nur um sportliche Aktivitäten handeln. Im Rahmen der Burnout-Prävention geht es vor allem um den Ausgleich neben der Arbeit. Auch Aktivitäten wie Schach, Zeichnen oder gemeinsames Kochen dient der Prävention. Im Rahmen dieser Maßnahmen können zudem soziale Bindungen geknüpft und gepflegt werden. Um familiärem Zeitmangel aufgrund hoher Arbeitswochenstunden entgegenzukommen, wäre auch die Teilnahme von Familienmitgliedern denkbar. Dies sollte jedoch vorab vereinbart werden um ein „Überlaufen“ der Maßnahmen zu vermeiden.

Verschiedene Forscher haben bereits nachgewiesen, dass eine besonders effektive und hilfreiche Maßnahme im Bereich der Burnout-Prävention die Meditation bzw. das autogene Training ist. Das Beschäftigen mit dem Geist und dem eigenen Körper führt zu positiverem Denken und dadurch guter Gesundheit.⁹¹ Wer regelmäßig meditiert, kann das eigene Bewusstsein in Richtung Ruhe und Gelassenheit lenken. Wir reagieren entspannter auf äußere Empfindungen und fühlen uns weniger gestresst. Um jedoch den erwünschten Effekt zu erlangen, muss das Training regelmäßig angewandt werden.⁹² Aus meiner Sicht ist diese Art der Prävention dennoch nützlich und sie sollte unbedingt auch im Rahmen der Gesundheitsförderungsprogramme angeboten werden.

Neben dem Ausgleich der Arbeit in Form von Beschäftigung sind auch sogenannte „Selbsthilfegruppen“ sinnvoll. Ein innerbetrieblicher Treffpunkt, bei dem akute betriebliche Belastungen, Schicksale, Konflikte oder auch ausgelöste Gefühle innerhalb von Laien zur Sprache kommen können. Die Leitung übernimmt eines der Gruppenmitglie-

⁹¹ Vgl. Der Spiegel Nr. 21, 18.05.2013, S. 56-63.

⁹² Vgl. Der Spiegel Nr. 21, 18.05.2013, S. 56-63.

der. Die Gruppe unterstützt sich gegenseitig, tauscht Erfahrungen aus und gibt den Mitgliedern das Gefühl mit ihren Problemen nicht alleine zu sein. Durch die Bekenntnis zum Problem, das Reflektieren und das Austauschen der Erfahrungen innerhalb der Gruppe, wird das individuelle Gesundheitsverständnis geschult. Im Erfahrungsaustausch werden Tipps und Ratschläge gegeben, die zur Lösung der Probleme oder der Beschwerden hilfreich sein können. Diese Möglichkeit ist eine hilfreiche und vor allem für die Klinik kostengünstige bis kostenlose Maßnahme. Ausschließlich die Räumlichkeiten müssen gestellt werden.

4.2.6 Verbesserung der ergonomischen Unterweisung

Werden ergonomische Verhaltensweisen kontinuierlich angewandt, steigen das Wohlbefinden, die Gesundheit und damit auch die Leistungsfähigkeiten der Mitarbeiter.⁹³ Pflegekräfte und Ärzte erhalten zwar in ihrer Ausbildung ergonomische Unterweisungen, dabei handelt es sich häufig jedoch nur um theoretische Ansatzpunkte.⁹⁴ Als bedeutsamer erachte ich die praktische Anwendung und die Erarbeitung der automatischen Ausführung, damit diese auch in Stresssituationen angewandt werden können. Innerbetriebliche Workshops sollten regelmäßig angeboten werden, die das in der Ausbildung erlernte Wissen auffrischen. Methoden, wie bspw. der Umgang mit einem neu eingeführten Patientenlifter oder die Handhabung mit bewährten, aber skeptisch betrachtenden reißfesten Tüchern zur Armverlängerung, werden direkt am Patienten praktiziert und vom Experten überprüft. Die Workshops sollten alle drei bis vier Jahre mit verpflichtender Teilnahme angeboten werden, um das etablierte Personal, bei denen die Ausbildung länger zurückliegt, vor fehlerhaften Schädigungen zu schützen.

Unterstützend im Berufsalltag können Hilfsmittel zur Entlastung der Wirbelsäule eingesetzt werden: bspw. Sitzmöglichkeiten während Dokumentationstätigkeiten beim Patienten. Zwei „Stehstühle“ pro Station wären vollkommen ausreichend um die Mitarbeiter zu entlasten. Optimaler wären ergonomische Sitz- und Stehstühle, die individuell ver-

⁹³ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009, S. 8.

⁹⁴ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009, S. 17 / 18.

stellbar sind. Somit können stehende Schreibtätigkeiten aber auch sitzende Tätigkeiten, wie Blutentnahme am Patienten, problemlos durchgeführt werden. Die Verwaltung der Stühle obliegt der Pflegeleitung. Daneben kontrolliert sie den sinn- und ordnungsgemäßen Umgang, sowie die gerechte Verteilung der ergonomischen Hilfsmittel. Eventuelle Anwendungsschwierigkeiten nimmt sie auf und kümmert sich schnellstmöglich. Diese Anregung zur Maßnahme spricht insbesondere das Pflegepersonal an.

4.2.7 Stagnation der Personaleinsparungen

Um das Defizit im Gesundheitswesen auszugleichen, wurde in den letzten Jahren erheblich Personal eingespart. Dies stößt bei den Interviewpartnern auf erheblichen Widerstand (s. A. 1-6). Die entstandenen Leistungsausfälle infolge der Personalkürzungen müssen durch die vorhandenen Mitarbeiter ausgeglichen werden. Insbesondere Ärzte müssen dementsprechend enorme Überstunden leisten (s. A. 2,3). Auch das in einigen Bereichen dringend benötigte Nachwuchspersonal leidet unter den Kürzungsmaßnahmen (s. A. 2,6). Menschen geraten an ihre Grenzen und es wird nicht länger möglich sein, noch mehr Einsparungen vorzunehmen. Bereits die Patienten leiden darunter. Es muss ein anderer Weg gefunden werden um an finanzielle Mittel zu gelangen. Ob dies bedeutet, dass das durch die Politik eingeführte System der Fallpauschalen überarbeitet werden muss oder ob andere Maßnahmen gefunden werden müssen, bleibt offen.

4.3 Verhaltensorientierte Maßnahmen

Die verhaltensorientierten Maßnahmen oder auch individuellen Maßnahmen appellieren ausschließlich an die Persönlichkeit und das Handeln des Betroffenen.⁹⁵

4.3.1 Konfliktmanagement

„Konflikte sind Bestandteile des Lebens. Jeder erlebt sie. Mancher verzweifelt daran.“⁹⁶
Genau dieses Verzweifeln gilt es zu verhindern.

Konflikte oder Mobbingattacken werden sowohl in Krankenhäusern, als auch an anderen Arbeitsplätzen zukünftig immer ein Thema sein. Dies lässt sich aufgrund des Aufeinandertreffens verschiedener Charaktere nicht vermeiden. Der Umgang mit Konflikten sollte jedoch erlernt werden, um in auftretenden Situation angemessen zu handeln:

Wie gehe ich mit Mobbingattacken gegen meine Person um? Wie greife ich als Außenstehender in einen Konflikt ein ohne selbst Opfer zu werden? Wie schlichte ich als Führungskraft Konfliktsituationen? Die Anlässe für einen Konflikt können unterschiedlichste Gründe aufweisen: Kulturelle Hintergründe, „Missverständnisse“, „Zielkonflikte“ oder auch durch „Änderung der Person“.⁹⁷

Konfliktmanagement sollte im Rahmen der Fort- und Weiterbildung regelmäßig thematisiert werden. Bereits etabliertes Personal festigt die erlernten Kenntnisse. Prinzipiell sind Fort- und Weiterbildungsangebote Aufgabe der Organisation und deshalb verhaltensorientiert. Trotzdem ist das daraus resultierende veränderte Verhalten verhaltensorientiert einzuordnen. Auf Basis des Trainings soll professionelles und soziales Verhalten geübt und erlernt werden um dann in ernsthaften Situationen korrekt zu handeln. Bspw. durch das Üben durch fiktiv dargestellte Gespräche und Konfliktsituationen.

⁹⁵ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 193.

⁹⁶ Vgl. Lebensmeile.

⁹⁷ Vgl. Tries, J. / Reinhardt, R., 2008, S. 34.

Mobbing ist ein allseits aktuelles Thema, das durchaus ernst genommen werden sollte!

4.3.2 „Sich selbst besser kennen“

Risikopatienten für Burnout kennen sich oft selbst nicht, wissen nicht wo ihre Grenzen liegen und wann sie diese zu überschreiten beginnen. Sie überschreiten die Grenzen so weit, bis sie am Überschreiten erkranken.⁹⁸ In der Ausbildung oder im Studium lernen Pflegepersonal und Ärzte wie sie Menschen heilen und wie sie Menschen vor dem Tod bewahren können. Doch sie erlernen nicht wie sie mit schweren Schicksalsschlägen, wie mit dem Tod ihrer Patienten umzugehen haben. Sie wissen nicht, wie sie nach der Arbeit abschalten und die schlimmen Erlebnisse des Tages „an der Pforte abgeben“ können. Der Mensch steht sich selbst im Wege!

Medizinstudenten und Auszubildende im Pflegesektor sollten deshalb in ihrer Ausbildung den Umgang mit den eigenen Grenzen und dem Tod erlernen. Ich halte es für verantwortungslos, solch junge Menschen „in das kalte Wasser zu werfen“ und darauf zu hoffen, dass sie mit eigenen Kräften „an das Ufer“ schwimmen werden. Dies könnte im Rahmen mehrerer Pflichtmodule (Studium) oder verpflichtenden Unterrichtsstunden (Ausbildung) erlernt werden. Sie sollten so praxisnah wie nur möglich gestaltet werden. Bspw. durch Vorträge in Verbindung mit Workshops, Selbstfindungskurse oder allgemeine Möglichkeiten der psychischen Schmerzbewältigung. Die Sensibilität sich selbst besser kennenlernen zu wollen, sollte geweckt werden.

Ob die Maßnahme auch bei Menschen mit übersteigertem Ehrgeiz und Hang zum Perfektionismus Wirkung zeigt, ist diskussionswürdig. Dessen ungeachtet wird es zukünftig unerlässlich sein, Menschen mit Tendenz die eigenen Grenzen zu überschreiten zu bremsen, um die weiter steigende Anzahl der Burnout-Fälle möglichst klein zu halten.

⁹⁸ Vgl. Bergner, T., 2010 ,S. 242.

5 Anregung zur Maßnahme nach Überwinden des Burnouts

Nachdem eine Burnout-Erkrankung erfolgreich überwunden wurde, wird der Betroffene im Normalfall durch ein unternehmensspezifisches Eingliederungsmanagement in den alten Tätigkeitsbereich integriert.⁹⁹

Doch ist ein „Überwinder“ nicht eventuell geschädigt? Kann er den Beruf genauso erfolgreich ausüben wie vor seiner Erkrankung? Besteht nicht ein gewisses Risiko die eigenen Grenzen erneut zu überschreiten? Kann von einem „Restrisiko“ gesprochen werden? Nach Wiederaufnahme des Berufs sollten Betroffene geschützt werden, um nicht noch einmal einen Rückfall zu erleiden.

In Folge einer Burnout-Erkrankung kann es zu bleibenden physischen Schäden kommen, bspw. durch einen Bandscheibenvorfall bei einer Pflegekraft. Grundsätzlich wird Burnout zwar als heilbar angesehen,¹⁰⁰ dennoch ist es wichtig den Wiedereingliederer vor sich selbst zu schützen. Dies könnte im Rahmen der Feststellung eines Behinderungsgrades erfolgen. Im Paragraph 124 SGB IX ist festgehalten, dass Menschen mit einer Behinderung (mit Mindestdauer von sechs Monaten) von Mehrarbeit bzw. Überstunden, befreit werden können.¹⁰¹ Doch auch Betroffene ohne bleibende körperliche Schäden sind in ihrer Psyche erkrankt und labil. Ebenso sollte der Selbstschutz greifen. Wie im oben erwähnten Beispiel durch das Verbot von Heben und Tragen schwerer Lasten. Die Ausprägung des Grades könnte der Arbeitgeber durch ein vom behandelten Arzt erstelltes Gutachten feststellen. Der behandelnde Arzt dokumentiert darin die Einsetzbarkeit des Mitarbeiters.

Ob diese Anregung umsetzbar ist, bleibt zu bezweifeln. Bei schweren bleibenden Schäden wird sich der Betroffene möglicherweise eher umschulen und den Beruf wechseln, als dauerhaft eingeschränkt zu arbeiten. Doch ist es meines Erachtens wichtig, den Betroffenen auch im neuen Beruf vor sich zu schützen um mögliche Rückfälle zu vermeiden.

⁹⁹ Vgl. Nieder, P., 2000, S.157.

¹⁰⁰ Vgl. Hohl, D., 2012, S. 236.

¹⁰¹ Vgl. Juristischer Informationsdienst.

Tabelle 4 fasst die sowohl verhältnisorientierten als auch verhaltensorientierten Maßnahmen kurz zusammen.

Verhältnisorientierte Maßnahmen		Verhaltensorientierte Maßnahmen
Anregung	Umsetzung	Anregung
Früherkennungssystem	- Mitarbeitergespräche - Fragebögen	Konfliktmanagement / -bewältigung
Sensibles Personalmanagement	- Persönlichkeitsanalyse - Probearbeiten	„sich selbst besser kennen“
Wertschätzung durch Verwaltung	- Arbeiten auf Station - „Mittelsmann“	-----
Kommunikation verbessern	- Kurse / Seminare / Workshops	-----
Freizeit attraktiver gestalten	- Anreiz-/ Bonussystem - Selbstfindungsgruppe	-----
Verbesserung der ergonomischen Unterweisung	- Kurse / Seminare / Workshops - Hilfsmittel	-----
Stagnation der Personaleinsparungen	-----	-----
System, zur Feststellung eines Behindertengrades	-----	-----

Tab. 4: Anregungen zu Maßnahmen

6 Mögliche Therapieansätze

Burnout ist ein Zustand, indem sich der Betroffene von sich selbst und von seinem Leben entfernt hat und in einer „Dysbalance“ lebt. Bei dem Versuch wieder in ein lebenswerteres Leben zurückzukehren, kann nicht ein Leben ohne jeglichen Stress oder Druck angestrebt werden. Ferner muss der Umgang mit stressbedingten Ursachen erlernt und die eigene Lebenskraft wieder zurückgewonnen werden.

Eines der wichtigsten Instrumente um den Weg aus dem Burnout zu finden, ist die therapeutische Hilfe. Doch Therapie bedeutet nicht gleich Therapie und Burnout ist nicht gleich Burnout. Es gibt viele verschiedene Therapieansätze in Deutschland, die auf unterschiedlichste Weise ihre Ansatzpunkte finden. Je nach Grad des Burnouts müssen unterschiedliche Methoden angewandt werden. Eine ambulante Therapie wie die Psychoanalyse oder der Psychotherapie in möglicher Kombination mit einer Medikation, oder auch eine stationäre Behandlung.¹⁰² Im folgenden Verlauf wird die Psychoanalyse erläutert:

Bei der Psychoanalyse werden die individuelle Lebensgeschichte, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen durchleuchtet und die Auslöser für Burnout gesucht. Diese Faktoren können bei jedem Menschen unterschiedlich sein. Jeder schreibt seinen eigenen Lebenslauf, erlebt seine eigene Geschichte und stößt auf unterschiedliche Konflikte. Der Therapieansatz der Psychoanalyse basiert auf diesen auslösenden Faktoren und versucht diese durch eine gezielte Therapie aufzuarbeiten. Ist das Burnout durch Ängste und Mobbing hervorgerufen, bedarf es einer anderen Therapie als bei Eheproblemen und Überforderung im Beruf.¹⁰³

Dennoch ist eine psychotherapeutische Therapie nicht die einzige Lösung um den Weg aus dem „Ausgebranntsein“ erfolgreich zu meistern. Es ist der Weg bei sich selbst zu beginnen!

Neben der extrinsischen Hilfe, in Person des Therapeuten, sollten auch vorhandene intrinsische Potentiale genutzt werden. Der Betroffene muss Selbsterkenntnis über seine Probleme erlangen und etwas ändern wollen.

¹⁰² Vgl. Jaggi, F., 2008, S. 5.

¹⁰³ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 225 ff..

Bei einer einfachen Ausprägung des Syndroms kann eine veränderte Lebensweise oder eine striktere Einhaltung der Work-Life-Balance bereits Wirkung zeigen.¹⁰⁴ Generell sollten aber die von Hillert und Marwitz erarbeiteten Faktoren umgesetzt werden: Reduzierung und Entlastung von sowie Umgang mit Stressoren, die Erholungsfähigkeit durch Entspannung und sportliche Aktivitäten fördern sowie die Reduktion der intrinsischen und extrinsischen Perfektionsvorstellung.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, int 2011.

¹⁰⁵ Vgl. Hillert, A. / Marwitz, M., 2006, S. 233.

7 Resümee und Ausblick

Diese Arbeit widmete sich der Fragestellung, ob unsere Arbeitsplätze im Gesundheitssystem tatsächlich krank machen. Zusammenfassend bleibt zu sagen: Ja, sie machen krank! Das Krankenhaus birgt zahlreiche Faktoren, die den Prozess von Burnout begünstigen können. Auch der Typus, der für Burnout prädestiniert ist, lässt sich dort häufig vorfinden.

„Burnout ist ein Prozess, beginnend mit einem kleinen Fluss, der immer mehr Flüsse aufnimmt und sich schließlich als Strom in das Meer der Hoffnungslosigkeit ergießt.“¹⁰⁶

Um genau dieses Entwickeln des „Strom“(s), der sich „in das Meer der Hoffnungslosigkeit ergießt“¹⁰⁷ entgegenzuwirken, wird es zukünftig unausweichlich sein in die Gesundheit der Mitarbeiter zu investieren. Denn Burnout kann dramatisch enden und es bedarf sehr viel Zeit und Mühe sich aus dem Dilemma heraus zu kämpfen. Die Unternehmen müssen dafür Sorge tragen, dass die Zahl der Erkrankten so minimal wie nur möglich gehalten werden kann. Sie müssen bereit sein der Prävention finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Auch die Anregungen zu den Maßnahmen bedeuten einen immensen finanziellen Aufwand. Doch die Gesundheit ist ein überaus bedeutendes Gut, in das es sich lohnt zu investieren.

Ein erster Schritt in die präventive Richtung könnte das Einführen von Selbstfindungskursen darstellen. Sie arbeiten hauptsächlich eigenständig und bedeuten lediglich einen geringen finanziellen Aufwand. Dies alleine wird nicht ausreichen! Besonders bei Kliniken, die sich bereits mit der Gesundheit der Mitarbeiter auseinandergesetzt haben, wird es dringend notwendig sein, geeignete Anreizsysteme zu schaffen, um die Akzeptanz betrieblicher Gesundheitsförderung zu steigern.

¹⁰⁶ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 19.

¹⁰⁷ Vgl. Bergner, T., 2006, S. 19.

Außer Betracht gelassen wurden in dieser Arbeit die Auswirkungen von Führungsqualitäten auf Burnout. Sicherlich kann auch dieser Aspekt das Risiko begünstigen.

Erschwerend für das Verfassen der Arbeit erwies sich das immense Angebot an Literatur. Keine einheitlichen Meinungen und zu viele unterschiedliche Sichtweisen bezüglich Ursachen, Symptome und Folgen beeinträchtigten das Zusammentragen der Informationen. Es wäre sinnvoll wenn Burnout künftig noch intensiver erforscht werden würde und Diagnosen einfach zu fällen seien. Auch die Unterscheidung verschiedener Arten des Burnouts, wie manifest und labil, sind nicht ausreichend erforscht. Ferner war die Bereitschaft für die Interviews und Fragebögen bescheiden. Zahlreiche Anfragen wurden abgelehnt oder liefen gar ins Leere. Angesichts dessen wird erneut deutlich, dass das Gesundheitspersonal kaum Zeit für zusätzliche außerbetriebliche Aufgaben hat, schlicht überfordert ist.

Zukünftig wird es spannend bleiben, ob die Unternehmen die Notwendigkeit in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren, verstehen werden. Denn nur wenn künftig ausreichende Investitionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der damit verbundenen Gesundheit der Mitarbeiter getätigt werden, kann die Produktivität einer jeden Klinik bestehen bleiben.

Literaturverzeichnis

Bücher / Zeitschriften:

Badura, B. / Walter, U. / Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg 2010.

Bamberg, Eva / Ducki, Antje / Metz, Anna-Marie (2011): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen.

Bamberg, Eva (2006): Die Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung – eine Frage der Untersuchungsmethode. *Wirtschaftspsychologie*, 8, 40-46.

Barth, Anne-Rose (1997): Burnout bei Lehrern. Theoretische Aspekte und Ergebnisse einer Untersuchung. Göttingen.

Bergner, Thomas (2003): Burnout? – Das muss doch nicht sein: *Frauenarzt* 2003; 44: 1119-1123.

Bergner, Thomas (2006): Burnout bei Ärzten. *Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe*. Stuttgart.

Bergner, Thomas (2007): *Burnout-Prävention. Das 9-Stufen-Programm zur Selbsthilfe*, 2. Auflage, Stuttgart.

Bergner, Thomas (2010): *Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe*. Stuttgart.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2009): *Ergonomie in Krankenhaus und Klinik. Gute Praxis in der Rückenprävention*. Bönen.

Burisch, Matthias (2006): *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. 3., überarbeitete Auflage, Heidelberg.

Dr. Hohl, Dieter (2012): *Change-Prozesse erfolgreich gestalten. Menschen bewegen – Unternehmen verändern*. München.

Edelwich, Jerry / Brodsky, Archie (1984): *Ausgebrannt. Das Burnout Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg.

Esslinger, A. S. / Emmert, M. / Schöffski, O. (Hrsg.) (2010): *Betriebliches Gesundheitsmanagement - Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg*, 1. Auflage, Wiesbaden 2010.

Freudenberger, H./ Richelson, G. (1980): Burn-Out. The High Cost of High Achievement. Garden City, N.Y. Anchor Press.

Freudenberger, H. / Richelson, G. (1983): Mit dem Erfolg leben. München.

Gathmann P./ Semrau-Lininger, C.(1996): Der verwundete Arzt. München. Kösel.

Hillert, A./Marwitz, M. (2006): Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?. München.

Jaggi, Ferdinand (2008): Burnout – praxisnah. Stuttgart.

Kaluza, Gert (2004): Stressbewältigung. Heidelberg.

Kaluza, Gert (2012): Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch. Stress erkennen, verstehen, bewältigen, Berlin. Heidelberg.

Maslach, Christina (1982): Burnout – The Cost of Caring. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Maslach, Christina/Leiter, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Berlin.

Nieder, Peter (2000): Führung und Gesundheit. Die Rolle der Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement, in: Brandenburg, U/Nieder, Peter/Susan, B. (Hrsg. 2000): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation, Weinheim und München.

Ratheiser, Klaus Michael/Menschik-Bendele, Jutta/Krainz, Ewald E./Burger, Michael (2011): Burnout und Prävention. Ein Lesebuch für Ärzte, Pfleger und Therapeuten. Mörlenbach.

Richardson, K. M./Rothstein, H. R. (2008): Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analyses. Journal of Occupational Health Psychology, 13 (1), 69-93.

Richter, Peter/Hacker Winfried (1998): Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg.

Rothgangel, Simone (2010): Kurzlehrbuch. Medizinische Psychologie und Soziologie. 2. Auflage, Stuttgart.

Schmiedel, Volker (2010): Burnout. Wenn Arbeit, Alltag & Familie erschöpfen. Stuttgart.

Schneider, Cornelia (2012): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit. 2. Auflage, Bern.

Selye, H. (1976): Stress in Health and Disease. London. Butterworths.

Tries, Joachim/Reinhardt, Rüdiger (2008): Konflikt- und Verhandlungsmanagement. Konflikte konstruktiv nutzen. Heidelberg.

Internet:

Arbeitszeitgesetz (2013): <http://www.arbeitszeitgesetz.info/> (Stand: Juli 2013).

Balance in der Pflege: Persönliches Gesundheitsbudget: <http://www.balance-altenpflege.de/?content=gesundheitsbudget> (Stand: Juli 2013).

Deutsches Ärzteblatt (2004): Bergner, Thomas. Burnout bei Ärzten, Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe., 101, 33, A-2232 / B-1866 / C-1797: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/43363/Burn-out-bei-Aerzten-Lebensaufgabe-statt-Lebens-Aufgabe> (Stand: Juli 2013).

BundesPsychotherapeutenKammer (2012): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout: http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf (Stand: Juni 2013).

BundesTherapeutenKammer (06.06.2012): Pressemitteilung. Betriebliche Fehltag aufgrund von Burnout um 1400 Prozent gestiegen. BPtK-Studie „Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen 2012“:
http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_pm_bptk_burnout_um_1400_Prozent_gestiegen.pdf (Stand: Juni 2013).
Grafik: http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_BPtK_Grafik_Burnout-AU-Tagepro-100-Versicherte.pdf (Stand: Juli 2013).

Deutsches Ärzteblatt Int 2011: Modediagnose Burn-out. (46): 781-7; DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/113220/Modediagnose-Burn-out> (Stand: Juni 2013).

Deutsches Ärzteblatt int 2011: Krankenhaus: Was sind eigentlich DRGs? 1/2011: 23: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80509/Krankenhaus-Was-sind-eigentlich-DRGs> (Stand: Juli 2013).

Dimdi Medizinwissen (01.02.2013): G-DRG-System – Fallpauschalen in der stationären Versorgung: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/zweck/g-drg/> (Stand: Juni 2013).

Fachhochschule Münster (19.01.2011): Mitarbeitersicherheit am Arbeitsplatz Krankenhaus. 44. Berliner Krankenhaus-Seminar: http://www.senhta.tu-berlin.de/WS1011/110119_Hoelscher.pdf (Stand: Juli 2013).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=272781&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=61040979 (Stand: Juni 2013).

Hans Böckler Stiftung (04.11.2011): Pressemeldung. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz verursachen Kosten in Milliardenhöhe: http://www.boeckler.de/28607_38216.htm (Stand: Juni 2013).

Hilfe bei Burnout: Burnout in Abgrenzung zu Depression: <http://www.hilfe-bei-burnout.de/depressionen/> (Stand: Juni 2013).

Juristischer Informationsdienst: Mehrarbeit: http://dejure.org/gesetze/SGB_IX/124.html (Stand: Juli 2013).

Krankenhaus Reinbek (17.06.2013): Pressemitteilung. „Politik sieht nur halbe Sachen für Krankenhaus-Mitarbeiter vor“: [http://www.kh-reinbek.de/das-haus/aktuelles/pressemitteilungen/einzelansicht.html?tx_ttnews\[tt_news\]=208&cHash=0ebd388c00b37ca924a0ab958db2ede1](http://www.kh-reinbek.de/das-haus/aktuelles/pressemitteilungen/einzelansicht.html?tx_ttnews[tt_news]=208&cHash=0ebd388c00b37ca924a0ab958db2ede1)

Lebensmeile, Ihr Lebensmeile Ratgeber (02.05.2012): Kreative Methoden der Konfliktbewältigung: http://www.lebensmeile.de/konfliktmanagement/kreative-methoden-der-konfliktbewaltung.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+Lebensmeile+%28Lebensmeile%29&utm_content=FaceBook (Stand: Juli 2013).

ICD-Code (2013): ICD-10-GM-2013

F32. <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html> (Stand: Juni 2013).

Z73. <http://www.icd-code.de/icd/code/Z73.html> (Stand: Mai 2013).

Institut für ganzheitliches Gesundheitsmanagement (2013): Das Burnout-Syndrom: http://ifggm.com/index.php?option=com_content&view=article&id=21 (Stand: Juli 2013).

Metz, A./Kunze, D./Hamann, L./Gehlthomholt, E./Urbach, T. (2009): Demografischer Wandel in der Pflege. Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. http://www.komega.de/files/02_abschlussbericht_mbs_pflege.pdf (Stand: Juni 2013).

Psychosoziale Gesundheit: Rezession zu „Die Wahrheit über Burnout“. Prof. Dr. med. Volker Faust: <http://wallnen.com/wp-content/uploads/2013/06/Happy-Birthday-07-HD-Wallpaper.jpg> (Stand: Juni 2013).

Statistisches Bundesamt Deutschland (18.11.2009): Bevölkerung Deutschland bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: Juli 2013).

Statistisches Bundesamt Deutschland (30.01.2013): Pressemitteilung Nr. 037. 2011: Beschäftigung im Gesundheitswesen um 1,8 % gestiegen: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_037_23621.html (Stand: Juni 2013).

Statistisches Bundesamt Deutschland (04.04.2013): Pressemitteilung Nr. 128. Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 bei rund 294 Milliarden Euro: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/04/PD13_128_23611.html (Stand: Mai 2013).

Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: Juli 2013).

Wissenschaftliches Institut der AOK (16.08.2012): Pressemitteilung. Fehlzeiten-Report 2012. Zu viel berufliche Flexibilität schadet der Psyche: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_fzr_12_082012.pdf (Stand: Juni 2013).

Grafiken:

Fotolia, M. Schuckart: Wegweiser mit Risiko und Sicherheit: <http://de.fotolia.com/id/45606180> (Stand: Juli 2013).

Anlagen

1. Interview Dr. med. E. N., Gynäkologie
2. Interview Dr. S. S., Anästhesie / Intensivmedizin
3. Interview Dr. med. R. V., Psychologe
4. Interview S. R., Krankenschwester, Chirurgie
5. Interview N.S., Krankenschwester, Dialysezentrum
6. Interview M., Krankenschwester, Intensivstation
7. Interview A. Z., Burnout-Betroffene

1. Interview Dr. med. E. N., Gynäkologie

Frage 1:

Sind die Mitarbeiter in Krankenhäusern belastet bzw. überfordert? Sehen Sie diesen Bereich als eine arbeitsintensive Tätigkeit an? Risikoreiche Tätigkeit für Burnout an? *Gesundheitswesen = klassischer asozialer Beruf, d.h. 1. Arbeitszeiten sind gegensätzlich zu den gesellschaftlichen Arbeitszeiten (Wochenende und Abende sind größtenteils durch Dienste belegt), Personalkreis der sich findet ist meist vor Ort und 2. in den letzten Jahren ist die Arbeitsdichte systematisch erhöht worden um das Defizit im Gesundheitswesen möglichst klein zu halten.*

Arbeitszeiten je nach Beruf: in der Pflege sehr richten sich die Arbeitszeiten nach dem Gesetz, im ärztlichen Bereich eher nicht.

Die Erscheinungsform Burnout ist oft im Krankenhaus vorzufinden, da hier sehr akkurat gearbeitet werden muss, da es um das Leben anderer geht.

Frage 2:

Welche Rolle hat Gesundheit für die Mitarbeiter in einem Krankenhaus?

Ja, Krankentage, Fehltage.

Seminare für Rückenschule, Burnout, Stressbewältigung werden im Rahmen der Fort- und Weiterbildung angeboten. Zum Teil während der Arbeitszeit, zum Teil außerhalb der Arbeitszeit.

Ein paar Phänomene als relevant bzw. beeinflussbar angesehen.

Die meisten Angebote sind jedoch gesetzlich vorgeschrieben.

Von selbst etwas für die Mitarbeiter zu tun, also beispielsweise Risikoprofile zu erstellen, wird nicht getan. Man könnte ja „schlafende Hunde wecken“...

Frage 4:

Wie viele Patienten fallen durchschnittlich auf einen Mitarbeiter?

Wechselnd!

In dieser Form ist das kaum noch messbar.

Früher hatte man als Stationsarzt 40 Betten, stationärer Bereich wird systematisch ausgedünnt, ambulanter Bereich dafür vergrößert, zumindest im Gynäkologiebereich. Zuständigkeit ist nicht mehr richtig eingrenzbar.

Beispiel: Nachtdienst - der Arzt führt eine Bauchspiegelung durch. In dieser Nacht ist es natürlich sein Patient. Am nächsten Tag, wenn er entlassen werden kann, ist der Patient aber auf der Station und hier ist ein anderer Arzt zuständig.

Verflechtung der verschiedenen Handlungsbereiche und Zuständigkeiten wird immer größer.

Höherer Anteil an alten Menschen, Personen im Krankenhaus sind aber eher gleichbleibend bzw. rückläufig, haben dafür aber schwerwiegendere Krankheiten, die das Gesundheitssystem öfter in Anspruch nehmen. Keine saubere Messung der Mehrarbeit. Verläufe werden jedoch immer kürzer. Früher war eine Kaiserschnittpatientin 10 Tage in der Klinik, heute nur noch 5 („Turn-over“)! Patienten sind immer kürzer stationär. Früher wurden Tagessätze bezahlt: der Patient war 10 Tage stationär, also erhielt die Klinik 10 Sätze. Heutzutage gibt es Pauschalen.

Frage 5:

Welchen körperlichen und psychischen Anforderungen werden die Mitarbeiter täglich ausgesetzt?

Schichtarbeit

Die maximale Arbeitszeit (wie wird diese definiert! Sind zwar 40 Stundenwochen, aber durch Notdienste oder Ausfälle durch Krankheiten nimmt diese zu. Meist immer 40+.)

Unphysiologische Dinge (OP 4-5h, hier stehe ich 4-5h auf einer Stelle) Krampfademern haben viele Ärzte durch das ständige stehen. Von der Verwaltung wird aber ausgegangen, dass die Ärzte das schon schaffen.

Schicksalsschläge: entweder dickes Fell, Abwehrstrategien durch Zynismus. Gibt jedoch auch die Möglichkeit professionelle Sicherheit anzunehmen, ist in der modernen Berufswelt aber noch nicht angesehen. (Beispiel: „hey brauchst du therapeutische Hilfe, kommst du etwa mit deinem Arbeitsplatz nicht klar?“)

Andere, die einen Mitarbeiter als Burnout-Patienten einschätzen, denen fehlt das Instrumentarium dieses weiter zu kommunizieren.

Krankenschwestern meist Fehlbelastungen Rückenbeschwerden – „kaputter Rücken“, hier hauptsächlich Burnout durch Rücken.

Krankheitsbild verändert sich. Früher hat jeder gerne Krankenschwester erlernt. Heutzutage ist das nicht mehr so. Wer sein Abitur in der Tasche hat, wird sicherlich keine Krankenschwester mehr werden. Pflegeberuf wird daher akademisiert (Bsp. Pflegewissenschaften)

Frage 7:

Welche Folgen ergeben sich daraus?

Siehe Frage 6

Frage 6:

Sind die Belastungen der verschiedenen Berufsgruppen in Krankenhäusern unterschiedlich?

Ja.

Physiotherapeut hat ein anderes Profil als ein Herzchirurg, der darauf achten muss, dass seine Arbeit so passiert, dass der Patient wieder lebend vom Operationstisch runterkommt.

Frage 8:

Können Mitarbeiter ihre Aufgaben eigenverantwortlich ausführen und selbst Verantwortung tragen bzw. Entscheidungen fällen?

Deutschlands Medizin ist ein stark hierarchisiertes Berufsfeld.

Je tiefer man in der Hierarchie steht, desto enger wird das Entscheidungsfeld. Möglich, dass ich einen relativ hohen Entscheidungsspielraum habe, da der über mir kein Interesse daran hat. Hängt stark vom Personal ab.

Frage 9:

Fühlen Sie sich oft stark belastet bzw. überfordert?

Ja.

Frage 10:

Wo sehen Sie hier Handlungsbedarf?

Sicherstellung der gesetzlichen Anforderungen (1. Immer noch Krankenhäuser in denen noch 24h-Dienste noch gefahren werden. Dies wäre illegal. Durch Pausendienste werden diese „vertuscht“. Beispiel: Der Chirurg ist gleichzeitig Stationsarzt, hat seine Stationstätigkeiten erledigt und die Nacht durchgearbeitet, am nächsten Morgen sollte Übergabe sein, diese ist aber nicht eingeplant, d.h. Arzt muss länger dableiben um aktuelle Situationen zu erklären.

Bei Abschaffung der 24h-Dienste würde der Notarzdienst zusammenfallen. Organisatorisch an das 24h-System angepasst.

Kontrollgremium, das die Arbeitszeiten regelt, ist der Betriebsrat. Dieser sollte auch haftbar gemacht werden, denn dann würden sich die Teilnehmer richtig einsetzen.

Fehleranalyse unabhängig von der juristischen Bewertung:

2. Interview Dr. S. S., Anästhesie / Intensivmedizin

Frage 1:

Burnout ist ein aktuelles und brisantes Thema! – Inwieweit spielt diese Diagnose in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle?

Vgl. tlw. Antwort 2

Personal reagiert insgesamt auch sensibler auf dieses Thema (Wertewandel bei jüngeren Kollegen, die Work-Life-Balance muss stimmen etc.)

Frage 2:

Sehen Sie Ihren Arbeitsplatz als einen Risikoplatz für Burnout an? Wenn ja, warum?

Ja, durch Schichtarbeit, Arbeitsverdichtung (immer mehr Patienten mit tlw. weniger Personal, tendenziell kränkere Patienten durch immer älter werdende Gesellschaft etc.)

Notfälle und nicht planbare Eingriffe führen zu hoher Arbeitsbelastung

Intensivmedizin: lange, teilweise frustrierende Krankheitsverläufe

Insgesamt: Arbeiten zu ungünstigen Zeiten (z.B. hochkonzentriertes Arbeiten direkt aus dem Schlaf heraus in der Nacht), physische Grenzen

Frage 3:

Welche Rolle spielt Gesundheit (und betriebliche Gesundheitsförderung) für die Mitarbeiter in einem Krankenhaus?

Leider eine zu geringe, man lebt relativ ungesund (z.B. Fast Food im Bereitschaftsdienst)

Gesundheitsförderangebote werden vom Arbeitgeber zwar angeboten, aber selten genutzt (da außerhalb der Arbeitszeit)

Frage 4:

Was sind Ihrer Meinung nach die häufigsten Ursachen an Burnout zu erkranken?

Siehe tlw. Antwort Frage 2

In der Hauptsache: Schichtdienst, Dienst an Feiertagen/Wochenenden, oft im Konflikt mit „Familienterminen“, häufig ist es schwierig, Termine mit Freunden/Bekanntem zu verabreden

Speziell in Anästhesie/Intensivmedizin: viel Routinetätigkeiten (wenig fordernd), aber wenn Notfallsituationen auftreten, dann oftmals sehr kritisch und rasches/konsequentes Handeln notwendig

Frage 5:

Und welche Folgen resultieren daraus?

Tlw. physische Erschöpfung, wenn was schiefgeht auch Schuldgefühle

Tlw. mangelnde Wertschätzung durch Verwaltung

Suchtpotenzial relativ hoch (fängt schon bei Zigaretten und Unmengen Kaffee an...)

Frage 6:

Welche Entscheidungen/Aufgaben zählen für Sie zu den stressigsten in Ihrem Beruf?

Notfallmanagement

Entscheidung zur Beendigung der Therapie auf Intensivstation

Frage 7:

Fühlen Sie sich manchmal stark belastet bzw. überlastet?

Jetzt nicht mehr (mache den Job seit 13 Jahren)

Als Berufsanfänger häufig

Frage 8:

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?
Regelarbeitszeit 40 Stunden, mit Diensten etwa 60 Stunden/Woche

Frage 9:

Wo sehen Sie Handlungsbedarf? Was würde Sie gerne verändern?
*Wertschätzung durch Verwaltung
Bessere Bezahlung der Bereitschafts-/Nachtdienste
Mehr Personal, insbesondere für die Nacht-/Bereitschaftsdienste am Wochenende
Wichtig ist die kollegiale Begleitung junger Kollegen*

Zusatz:

Sehen Sie bei Ihnen widersprüchliche Erfordernisse? Einerseits ist die Krankheit nicht ökonomisierbar, andererseits sollen Kranke aber nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten behandelt werden. Stehen auch Sie hier oder Ihre Kollegen in einem Konflikt?

Sie haben recht, ökonomische Fragestellungen werden immer wichtiger bei der Behandlung. Auf der Intensivstation und in der Anästhesie tritt dies aber (zumindest bei uns) noch nicht so ausgeprägt zu Tage. In der stationären Versorgung spiegelt sich der ökonomische Aspekt aber z.B. in der Verkürzung der Liegezeiten (werden immer kürzer) bzw. in den Fallpauschalen wider, d.h. die Klinik bekommt nur einen festgelegten Betrag und wenn dann die vorgesehenen Liegezeiten überschritten werden, zahlt die Klinik "drauf". In der Regel wird natürlich versucht, über Personalkosteneinsparung entsprechende Ausgaben zu minimieren. Eine Rationierung wie in Großbritannien, wo z.B. alte Menschen ab einem bestimmten Alter keine Hüftprothesen mehr bekommen, findet in Deutschland meines Wissens nicht statt.

3. Interview Dr. med. R. V., Psychologe

Frage 1:

Burnout ist ein aktuelles und brisantes Thema! – Inwieweit spielt diese Diagnose in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle? Wie oft werden Sie damit konfrontiert?
Burnout ist leider ja keine offizielle Diagnose, so dass es in der Versorgungspraxis von Psychiatern, Psychotherapeuten und Fachkliniken keine Statistiken gibt. Gefühlt sind es in meinem Erfahrungsbereich sicherlich 20-30 % der Patienten, die über –wohlgemerkt nicht durch- überhöhte Leistungsorientierung krank geworden sind.

Frage 2:

Welche Krankheiten gehören neben Burnout zu Ihrem Arbeitsalltag?
Ich habe zu 50 % mit Depressionen als Hauptdiagnose zu tun, 17% sind Reaktionen auf Belastungen, 13% Persönlichkeitsstörungen bzw. -änderungen, 10% Psychosen, der Rest vereinzelte andere Diagnosen.

Frage 3:

Was sind Ihrer Meinung nach die häufigsten Ursachen an Burnout zu erkranken?
In erster Linie sehe ich Leistungsdruck KOMBINIERT mit fehlender subjektiver Wertschätzung am Arbeitsplatz als Ursache, meistens kommt noch eine schwierige/konflikthafte familiäre Konstellation dazu. Wir sind noch immer nicht sicher, ob die eigentliche Ursache aber eine charakterliche Disposition ist, z.B. Idealismus verknüpft

mit niedrigem Selbstwertgefühl, hohe Selbstanforderung an Leistung. Die Folgen sind dann oft emotionale Erschöpfung, Gereiztheit, innerer und äußerer Rückzug, Zynismus, Alkoholkonsum, kollegiale und familiäre Spannungen, später dann Krankheiten wie Depression, Ängste, körperliche Symptome, dabei v.a. Schmerzen.

Frage 4:

Und welche Folgen resultieren daraus für den einzelnen Menschen?

S. Frage 3

Frage 5:

Wo sehen Sie die gefährdetsten Arbeitsplätze im Bezug auf Burnout im Gesundheitssektor?

Das ist ein für mich recht unübersichtliches Feld, da ich als Oberarzt einer Tagesklinik mit Ambulanz nur in einen bestimmten Versorgungsbereich und kleines Berufsfeld Einblick habe. Sicher aber zählen Pflegemitarbeiter und Ärzte aufgrund des stetig wachsenden Zeitdrucks und Fallvermehrung zu den gefährdeten, vermutlich aber auch z.B. medizinische Fachangestellte.

Frage 6:

Hat die Zahl der an Burnout erkrankten Menschen Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren zugenommen? Können Sie dies auch aus Erfahrungen bestätigen?

Da mir eigene Behandlungserfahrungen weitgehen fehlen, kann ich nur meiner Vermutung bzw. Rückschlüssen aus den Folgekrankheiten Ausdruck geben: ich glaube, dass Burnout zugenommen hat.

Frage 7:

Wo sehen Sie Handlungsbedarf? Was sollte geändert werden bzw. woran sollte gearbeitet werden?

Da die Gefährdung v.a. bei den Mitarbeiter/innen liegt, die ihre Leistungsgrenzen zu überschreiten neigen, muss m.e. v.a. bei den Führungskräften mit entsprechender Schulung angesetzt werden, aber auch bei der Fehlerwartung der Geschäftsführer und Inhaber, dass Leistung immer weiter gesteigert werden kann. In der aktuellen Globalisierungssituation dürften diese Argumente allerdings eher wenig Gehör finden.

Nun zu Ihrem Arbeitsplatz:**Frage 1:**

Fühlen Sie sich manchmal an Ihrer Arbeitsstelle überlastet?

Ja.

Frage 2:

Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich im Durchschnitt?

60

Frage 3:

Hat die Anzahl der zu behandelten Patienten in den letzten Jahren zugenommen?

Wenn ja, wie viel?

Die Fallzahlen haben sich in den letzten 10 Jahren etwa verdoppelt, die Zahl der Mitarbeiter ist aber konstant geblieben in dem mir überschaubaren Bereich.

Frage 4:

Sehen Sie auch Ihren Arbeitsplatz als einen Risikoplatz für Burnout an?

ja

Frage 5:

Was würden Sie gerne an Ihrem Arbeitsplatz im Bereich Gesundheit verändern?
Ich arbeite ja im Bereich sprechende Medizin. Hier ist das Tempo nicht mehr steigerbar, weil die Patienten uns und das, was wir ihnen vorschlagen, verstehen müssen und Zeit und immer neue Bekräftigung brauchen, die vorgeschlagenen Veränderungen ihrer Denk- und Lebensweise zu erproben und schrittweise umzusetzen, Schließlich zu verinnerlichen. ich wünsche mir hier jetzt schon mehr Zeit –das heißt auch Anerkennung dieses Zeitbedarfs seitens der Klinikleitungen bzw. der politisch verantwortlichen und nicht zuletzt der Bevölkerung-, fürchte aber, dass schon bald die Zeit weiter gekürzt werden wird im Rahmen der mit politischer Härte durchgesetzten Einführung von Fallpauschalen in der stationären Psychiatrie.

4. Interview S. R., Krankenschwester Chirurgie**Frage 1:**

Burnout ist ein aktuelles und brisantes Thema! – Inwieweit spielt diese Diagnose in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle?
Ja, Kollegen hatten Burnout.

Frage 2:

Sehen Sie Ihren Arbeitsplatz als einen Risikoplatz für Burnout an? Wenn ja, warum?
Ja. Physische und psychische Belastung sind sehr hoch. Unterbesetzung, Aufgabenbereich (intensive Pflege notwendig – krebskranke – Arbeit ist anstrengend, brennt einen aus, zieht mehr Energie als man in der Freizeit aufladen kann). Stress, Zeitdruck, (viele Sachen gleichzeitig erledigen), keine Fehler erlauben -> große Konsequenzen, Wechselschicht (keine Regelmäßigkeit), Ärztemangel -> mussten Entscheidungen treffen, die der Vorgesetzte hätte treffen müssen, manchmal verzögerte dies die Therapie für den Patienten. Bei Schwestern sind feste Übergabezeiten, Überstunden im normalen Rahmen, Zeitmangel (zu viele Patienten, 12 Pat pro Schicht)

Frage 3:

Welche Rolle spielt Gesundheit (und betriebliche Gesundheitsförderung) für die Mitarbeiter in einem Krankenhaus?
Ja, rückschonendes Arbeiten, Kinästhetik für den Mitarbeiter und den Patienten, 1x im Jahr die gesetzlich vorgeschriebene Betriebsarztuntersuchung (Berufskrankheiten abklären und komplette Körperuntersuchungen), gesetzlich vorgeschriebene Nachtruhe, nach 4 Stunden eine Pause einlegen,

Frage 4:

Welchen psychischen und physischen Anforderungen sind Sie durch Ihre tägliche Arbeit ausgesetzt?
Siehe Frage 2
Durch Verwaltung angehalten Geld zu sparen (enormer Druck). Zerrissenheit zwischen wirklich guter Pflege und betriebswirtschaftlichem Handeln. Beispiel: Blinddarmpatient hat starke Schmerzen, sollte länger als die vorgeschriebene Verweildauer stationär sein oder Entscheidung zwischen einer guten Chemotherapie oder einer finanzierten Therapie. Auch Zerrissenheit bei den Medikamenten oder den Verbandsmaterialien.

Frage 5:

Und welche Folgen resultieren daraus für den einzelnen Menschen?

Psychische und physische Erschöpfung, „Schicksale an der Türe abgeben“ war unglaublich schwierig, Gratwanderung zwischen Sympathie, Unterschied zwischen Mitgefühl und Mitleid, das macht einen kaputt, man konnte die Arbeit nie gut machen, ist immer mit einem Defizit nach der Arbeit aus dem Krankenhaus, keine Zeit um für Patienten da zu sein, unzureichend, Schwierig in der ständigen Hektik Kinästhetik durchzuführen, keinen Schaden aber eben doch mal etwas gehoben, was für den Rücken nicht toll war. Viel Druck, Essen hat Probleme bereit, Brötchen schnell in 10 Min. verschlungen, Magenschmerzen, Unwohlsein

Frage 6:

Welche Entscheidungen/Aufgaben zählen für Sie zu den stressigsten in Ihrem Beruf?

Unter Zeitdruck Prioritäten setzen

Die Bereitschaft sich jeden Tag umorientieren zu müssen

Ab wann hol ich die Intensivstation? Auch wenn es soweit ist.

Frage 7:

Fühlen Sie sich manchmal stark belastet bzw. überlastet?

JA!

Frage 8:

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?

7,25 ohne Pause

Frage 9:

Wo sehen Sie Handlungsbedarf? Was würde Sie gerne verändern?

Mehr Pflegepersonal, damit von einer befriedigenden Pflege zu einer guten Pflege gekommen werden kann. Dies vermindert den Druck für jeden einzelnen, der Patient kann besser versorgt werden und Fehler können minimiert werden. Es kommt zu unglaublich vielen Fehlern infolge des Drucks. (Beispiel: falsches Medikament, falsche Dosierung, Gefährdung: Patient soll alle zwei Stunden gewendet werden, durch Zeitdruck nur alle 3 Stunden)

Eine bessere Informationsvermittlung und Pflege der Patienten wäre möglich, Patient würde mit einem sicheren Selbstbewusstsein nach Hause entlassen werden.

Frustrierend für die Mitarbeiter. Sie geben ihr Bestes und es reicht doch nicht aus.

5. Interview N.S., Krankenschwester, Dialysezentrum

Frage 1:

Burnout ist ein aktuelles und brisantes Thema! – Inwieweit spielt diese Diagnose in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle?

Ja, eine Arbeitskollegin.

Frage 2:

Sehen Sie Ihren Arbeitsplatz als einen Risikoplatz für Burnout an? Wenn ja, warum?

Das kommt auf die Personen an. Es gibt durchaus Mitarbeiterinnen bei mir, denen es tatsächlich zu viel wird, von denen zu viel verlangt wird.

Frage 3:

Welche Rolle spielt Gesundheit (und betriebliche Gesundheitsförderung) für die Mitarbeiter in einem Krankenhaus?

Ja, kriegen wir gestellt. Freies Angebot: Yoga, klettern, wandern Aerobic, alles neben der Arbeitszeit, klettern und wandern nutze ich, ansonsten wird das Angebot eher wenig genutzt, Betriebsarztuntersuchungen alle zwei Jahre während der Arbeitszeit

Frage 4:

Welchen psychischen und physischen Anforderungen sind Sie durch Ihre tägliche Arbeit ausgesetzt?

Frage 5:

Und welche Folgen resultieren daraus für den einzelnen Menschen?

Frage 6:

Welche Entscheidungen/Aufgaben zählen für Sie zu den stressigsten in Ihrem Beruf?

Wir haben zwei neue Chefs, die zwei Alten sind gegangen. Dadurch entstanden große Umstrukturierungen, da sich die Lage vom kompletten Zentrum ins Negative entwickelte. Viele Patienten sterben, dadurch ist weniger Dialyse notwendig und dadurch weniger verfügbares Geld. Die Chefs möchten daher Arbeitnehmer einsparen, jeder bekommt infolge dessen neue Arbeitsfelder dazu. Es gibt Tage, da bin ich auf vier verschiedenen Stationen und habe dort keinen richtigen Platz. Schon am Tag vorher habe psychischen Stress, wenig Lust auf die Arbeit. Durch die Veränderungen, gehen die menschlichen Werte verloren, es dreht sich alles nur noch um Zahlen und Fakten. Habe nicht mehr ausreichen Zeit mich um den Patienten zu kümmern, die so wichtigen Gespräche bleiben auf der Strecke. Möchte eigentlich in so einem Betrieb gar nicht mehr arbeiten

Frage 7:

Fühlen Sie sich manchmal stark belastet bzw. überlastet?

Ja, manchmal überlastet. Anforderungen steigern sich von Monat zu Monat. Früher konnte ich ausgesprochen früh nach Hause, jetzt arbeite ich immer Überstunden.

Frage 8:

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?

Bisher 56 Überstunden insgesamt. Früher hatte ich 60 Minusstunden

Frage 9:

Wo sehen Sie Handlungsbedarf? Was würde Sie gerne verändern?

Wirtschaftliches Denken in menschliches Denken umwandeln. Durch Umstrukturierung haben auch schon einige gekündigt. Jeder soll so flexibel sein wie nur möglich (auf vier verschiedenen Stationen, dann noch ein Telefon, mit den Anrufen bzw. dem benötigten Programm kann aber nur auf einer Station gearbeitet werden) Die Patienten gehen dabei unter.

6. Interview M., Krankenschwester, Intensivstation

Frage 1:

Burnout ist ein aktuelles und brisantes Thema! – Inwieweit spielt diese Diagnose in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle?

30 Personen – 1

100 Personen – 3,3%

Frage 2:

Sehen Sie Ihren Arbeitsplatz als einen Risikoplatz für Burnout an? Wenn ja, warum?
Personalmangel, unattraktive Dienstzeiten (mit 3-Schicht-/ Wochenend- und Feiertagsarbeit), nicht leistungsgerechte Bezahlung, psychische und körperliche Belastung, fehlendes Nachwuchspersonal, Sparmaßnahmen allgemein im Gesundheitswesen, Unfähigkeit abzuschalten, Mangel an Lob und Anerkennung

Frage 3:

Welche Rolle spielt Gesundheit (und betriebliche Gesundheitsförderung) für die Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus?

Es gibt eine Vielfalt an verschiedenen Angeboten für körperliche und psychische Gesundheitsförderung, jedoch die Teilnehmer sind begrenzt.

Frage 4:

Welchen psychischen und physischen Anforderungen sind Sie durch Ihre tägliche Arbeit ausgesetzt?

Großes Arbeitsaufkommen, Notfallsituation, unvorhersehbare subakute Ereignisse und Komplikationen, Erwartungshaltung seitens Vorgesetzter Kundschaft, multimorbides Patientengut, Wechselschicht (Schaukelschicht), fehlende technische Ausrüstung, Zeitmangel für Gesprächsführung

Frage 5:

Und welche Folgen resultieren daraus für den einzelnen Menschen?

Körperliche und mentale Erschöpfungszustände,

Frage 6:

Welche Entscheidungen/Aufgaben zählen für Sie zu den stressigsten in Ihrem Beruf?

Frage, nach lebenserhaltenden oder lebensverlängerten Maßnahmen

Frage 7:

Fühlen Sie sich manchmal stark belastet bzw. überlastet?

Stark belastet.

Frage 8:

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche (inkl. Überstunden)?

Regulär 39-Stunden-Woche, + ca. 5h

Frage 9:

Wo sehen Sie Handlungsbedarf? Was würde Sie gerne verändern?

Weniger Arbeitsaufkommen oder mehr Personal, längere Ruhezeiten oder weniger Arbeitsstunden

7. Interview A. Z., Burnout-Betroffene

Frage 1:

Wie lange sind/waren Sie in diesem Beruf tätig?

8 Jahre

Frage 2:

Hatten Sie bereits Burnout oder sind noch davon betroffen?

Ja

Frage 3:

Wie lange hat Burnout bei Ihnen angedauert bzw. wie lange dauert es schon an?

2 Jahre

Frage 4:

Welche Gründe gab es bei Ihnen für Burnout? Gab es einen ausschlaggebenden Grund?

Insgesamt keine Zeit, um Energie zu tanken.

Zu viel Arbeit: z.T. 60 Stunden-Woche,

dann Reduktion der Arbeit auf 70%, d.h. 40-Stunden-Woche (bei gleicher Tätigkeit)

zzgl. Fernstudium „nebenher“ (für geplanten Berufswechsel aufgrund der Erkenntnis, dass der Job langfristig zu stressig ist).

Schließlich noch schwierige Schwangerschaft, sehr problematisches, umkämpftes Projekt und Herzinfarkt des Vaters.

Frage 5:

Wie äußerte sich das Burnout? Welche Symptome hatten Sie?

Ca. vier Jahre vor dem eigentlichen Burnout: gelegentliche Magenprobleme, Stechen in der Herzgegend nach anstrengenden Arbeitstagen.

Ca. zwei Jahre vor dem eigentlichen Burnout: immer krank am ersten Urlaubstag + häufige Magenprobleme; zudem nach schwierigen Arbeitstagen oder an Wochenenden oft Einschlafprobleme, Herzrasen, Kopfschmerzen.

Beim eigentlichen Burnout: permanentes Herzrasen, Magen- und Verdauungsprobleme, starke Kopfschmerzen, Schwindel, nervöse Unruhezustände, „nicht-mehr-Abschalten-können“ ohne eigentlichen Auslöser. Symptome traten bereits beim Gedanken daran, aufstehen oder das Kind versorgen zu müssen, auf. D.h. nur sehr eingeschränktes Alltagsleben möglich.

Frage 6:

Wie wurde ihr Burnout diagnostiziert bzw. fanden Sie den Weg zum Therapeuten?

Durch Selbsterkenntnis, durch aufmerksame Mitarbeiter,.... ?

Aufgrund der o.g. Probleme durch Ehemann initiiertes Besuch beim Hausarzt (erst mit eigentlichem Burnout): Hausärztin gab zuerst die Diagnose ab.

Besuch beim Psychiater bestätigt Diagnose. Keine stationäre Einweisung wegen Baby zu Hause. Überweisung zur Verhaltenstherapie bei Psychotherapeut. Verschlimmerung des Burnouts aufgrund der eigenen Suche nach dem Psychotherapeut (das müsste jemand für einen übernehmen – gerade bei Burnout!). Viele Absagen und dumme Sprüche („ich habe auch Burnout“, „kaufen Sie sich ein Buch“), ½ Jahr Wartezeit auf freien Therapieplatz. Erneute Diagnose durch Psychotherapeutin sieben Monate nach der Erstdiagnose.

Frage 7:

Wie lange, würden Sie sagen, hat es an Überforderung gebraucht bis die Diagnose eindeutig war?

Vier Jahre.

Frage 8:

Konnten Sie nach Überwindung des Burnouts wieder in Ihren Beruf zurückkehren bzw. werden Sie es zukünftig können?

Ja

Frage 9:

Welche der folgenden Eigenschaften treffen bei Ihnen zu?

- Hohe Erwartungen an sich selbst
- starker Ehrgeiz, Perfektionismus
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Bedürfnis, es anderen immer recht machen zu wollen
- Arbeit als einzig sinngebende Beschäftigung
- Arbeit als Ersatz für soziales Leben

Was passt sind:

Hohe Erwartungen an sich selbst

Hoher Ehrgeiz, aber ich glaube nicht übersteigert

Perfektionismus

Bedürfnis, es anderen immer recht zu machen – nicht nein sagen können

Der Rest trifft nicht zu.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname